T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arş. Gör. Sezer ER

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Bornova-İZMİR

2006

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arş. Gör. Sezer ER

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Bornova-İZMİR

2006

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan (Danışman)	:	Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	.....
Üye	:	Yard. Doç. Dr. Esin ÇEBER	.....
Üye	:	Yard. Doç. Dr. Oya ÜNDER KAVLAK	.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: .....11.08.2006.....

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'e,

Araştırmamın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Yard. Doç. Dr. Esin ÇEBER ve Yard. Doç. Dr. Oya ÜNDER KAVLAK'a,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ndeki yetkililer, görevli hemşire arkadaşlarım ve hekimlere,

Tezimin çeviri aşamasında yardımcı olan ve bana zaman kazandıran Sayın Arş. Gör. Gülden YÖRÜKOĞLU'na,

Tezimin istatistik aşamasında görüşleri ile bana yardımcı olan Sayın Arş. Gör. Hatice ULUER'e ve Yard. Doç. Dr. Timur KÖSE'ye,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan gebelere,

Sürekli yanımda olduklarını bana hissettiren ve beni destekleyen aileme,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

SEZER ER
11.08.2006

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLOLAR DİZİNİ	viii
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Sayıtlılar	4
1.5. Araştırmanın Önemi	4
1.6. Araştırmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi	5
1.7. Sınırlamalar	5
1.8. Tanımlar	6
1.9. Genel Bilgiler	6
1.9.1. Kadın Sağlığının Önemi	6
1.9.2. Gebelik	7
1.9.3. Gebelik ve Sağlık	9
1.9.4. Gebelikte Dinlenme ve Uyku	10
1.9.5. Gebelikte Egzersiz	11

1.9.6. Gebelik ve Travma 13

1.9.7. Gebelik ve Kafein Tüketimi 17

1.9.8. Gebelik ve Marijuana Kullanımı 17

1.9.9. Gebelik ve Kokain, Amfetamin, LSD, Eroin, İnhalant Kullanımı 18

1.9.10. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 21

1.9.11. Gebelik ve Bitkisel Terapi Kullanma 23

1.9.12. Gebelik ve Vücut Hijyeni 24

1.9.13. Gebelik ve Toksik Kimyasallar 24

1.9.14. Gebelik ve İlaç Kullanımı 25

1.9.15. Gebelik ve Sigara Kullanımı 27

1.9.16. Gebelik ve Alkol Kullanımı 29

1.9.17. Prenatal Bakım 30

1.9.18. Gebelik ve Diş Bakımı 33

1.9.19. Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Edinme 34

1.9.20. Gebelik ve Rahatlama Yöntemleri 35

1.9.21. Gebelik ve Kilo Alımı 36

1.9.22. Gebelik ve Toksoplazma 37

1.9.23. Prenatal Sınıflar 38

1.9.24. Gebelik ve Beslenme 39

a. Vitamin ve Prenatal Multivitamin Kullanımı 41

b. Kalsiyum Alımı 42

c. Meyve Tüketimi 43

d. Folik Asit Alımı 43

1.9.25. Geçerlik ve Güvenirlik 43

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi 46

2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler 46

2.2.1. Veri Toplama Araçları 46

2.2.1.1. Birey Tanıtım Formu 46

2.2.1.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practices Questionnaire-II, HPQ-II) 47

2.2.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar 48

2.2.2.1. Geçerlik Çalışmaları 49

2.2.2.2. Güvenirlik Çalışmaları 50

2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 52

2.4. Araştırmanın Evreni 52

2.5. Araştırmanın Örneklemi 52

2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 53

2.7. Veri toplama Yöntemi ve Süresi 54

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi 54

2.9. Süre ve Olanaklar 56

2.10. Etik Açıklamalar 57

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. Gebelikte Sağlık uygulamaları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Sonuçları 58

3.2. Gebelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 63

3.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular 71

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. Gebelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi 86

4.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi 96

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç 104

5.2. Öneriler 109

BÖLÜM VI

6. ÖZET VE ABSTRACT

6.1. Özet 111

6.2. Abstract 113

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR 115

EKLER

EK I Birey Tanıtım Formu

EK II Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

EK III Eğitim Broşürü

EK IV Yazarın İzin Yazısı

EK V E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı

EK VI Araştırma İzin Belgeleri

ÖZGEÇMİŞ

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
1	Değerlendiricilerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ne Puanların Ortalama, Standart Sapma, Medyan, En Düşük ve En Yüksek Puan Dağılımları	58
2	Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları	59
3	Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Sonucu	60
4	Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği İki Yarı Test Güvenirlik Analizi Sonuçları	60
5	Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Gebelerde Madde Toplam Korelasyon Sonuçları	61
6	Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı	62
7	Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	63
8	Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	66
9	Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları	67
10	Gebelerin Eşlerinin Ev İşlerinde Yardımcı Olma Durumlarına Göre Dağılımları	69
11	Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık (CYBH) Öyküsü Olma Durumlarına Göre Dağılımları	70

12 Gebelerin Kontrole Gittikleri Hastaneye Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 71

13 Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 72

14 Gebelerin Eğitim Düzeylerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 72

15 Gebelerin Evlilik Sürelerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 73

16 Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 74

17 Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 74

18 Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 75

19 Gebelerin En Çok Yaşadıkları Yere Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 76

20 Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 76

21 Gebelerin Sağlık Güvence Tiplerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 77

22 Gebelerin Aile Tiplerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 77

23 Gebelerin Ekonomik Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 78

24 Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 79

25 Gebelerin Çocuk Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 80

26 Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 80

27 Gebelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 81

28 Gebelerin Beden Kitle İndeksine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 82

29 Gebelerin Gebelik Boyunca Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayılarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 82

30 Gebelerin Sağlık Ocağından Ebe/Hemşirenin Gebeliği Süresince Ev Ziyaretlerine Gelme Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 83

31 Gebelerin Eşlerinin Ev İşlerine Yardım Etme Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 84

32 Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsüne Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı 85

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları, doğum sonunda bebek ve anne için önemli bir rol oynar. Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetus ve yeni doğan sağlığını içeren gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir. Gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal bakım sırasında tanılanmış ve kazandırılmış olmalıdır. Bu uygulamalar; dengeli beslenme ve doğru miktarda kilo alma, düzenli egzersiz, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol - yasa dışı maddeler çok sayıda ilaç kullanmama ve riskli seksüel davranışlar yada diğer enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma gibi konuları içermelidir (39).

Genel olarak ülkemizdeki kadınlarda morbidite ve mortalite nedenlerine bakıldığında; erken yaşta evlenmeler, sık ve çok sayıda gebelikler, düşükler, doğum sonrası dönemde kadının erken çalışmaya başlaması, aile planlaması sorunu, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım sorunlarıdır. Kadın sağlığında önemli yer tutan gebelik döneminin sağlıklı seyretmesi gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi ve gerçek anlamıyla uygulanmasına bağlıdır. Gerekli olan kurallara ve sağlık davranışlarına uyulmaksızın, seyri tesadüflere bırakılan bir gebelik daha başlangıçtan itibaren anne ve bebek için çeşitli tehlikelere zemin hazırlar. Tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde iken, sadece %1'i gelişmiş ülkelerde yaşanmaktadır (14,35).

Normal ve doğal bir fizyolojik süreç olan gebelik dönemi boyunca, periyodik gebelik kontrolleri ve riskli gebeliklerin tespiti ile ana-çocuk sağlığı düzeyinde yükselmeler sağlanabilir. Bu kontrollerde hemşirelerin etkinlikleri; anne ve fetusun gebelik süresince gelişmesini izlemek ve değerlendirmek; gebelik, genel vücut bakımı, beslenme, aktivite, aile planlaması, gebelikte tehlike belirtileri ve annenin ihtiyacı olabilecek konularda bilgi vermek, ortaya çıkabilecek potansiyel sorunların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak ve sorunlu durumlarda anneyi desteklemektir (14,56).

Ülkemizde uygulanan sistemlerin sağlık hizmetlerine çeşitli etkileri olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerine 1923-1937 yılları arasında öncelik verilmiş, tedavi edici hizmetler hükümetin değil yerel yönetimlerin görevidir yaklaşımı benimsenmiş ve sağlık memurları yetiştirmeye önem vermiştir. Yerel yönetimlere bırakılan tedavi edici sağlık hizmetleri, 1950-1960 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nca işletilmiş koruyucu hizmetlerde çalışan personel hastanelere kaymıştır, koruyucu hizmetler gerilemiş ve hastanecilik alanında gelişmeler sağlanmıştır. Genel sağlık sigortası ile ilgili çalışmalar başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu ile 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanun ile sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, birincil sağlık hizmetlerinin köylere kadar yayılması, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin entegre edilmesi ve halkın katılımı öngörülmüştür. Sağlıkla ilgili hukuksal alt yapı çalışmaları 1980 ve sonrası yapılmış ve genel sağlık sigortası ile ilgili yoğun çalışmalar bu dönemde başlamıştır. Aile hekimliği gündeme gelmiştir. Geliştirilen ve ülkemizde pilot uygulamaları yapılan Aile Hekimliği Sistemi'nde ise, genel sağlık sigortası fikri benimsenmiş ve tüm sigorta kurumları tek bir çatıda toplanmıştır. Bu sistem koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere öncelik vermekte, bu sistem ile gebe ve bebek izlem sayıları da azalmakta, hizmetin ücretli

hale gelmekte ve bu durumun hizmetlerden yararlanmayı sınırlandıracağı öngörülmektedir. Hemşire, ebe ve sağlık memuru aile sağlığı elemanı olarak isimlendirilmesi ile mesleki kimliklerini kullanamaz hale gelmekte ve bu sistemin rekabet ortamı yaratması mümkün olmaktadır.

Geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış bu ölçek ile toplanacak bilgiler doğrultusunda Türkiye'deki gebelerin yanlış ve eksik uygulamaları daha kolay tanımlanabilecek ve bunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında yol gösterici olabilecektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı, ülkemizde gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarına yönelik çalışmaların sınırlı olması ve gebelikteki sağlık uygulamalarını ölçebilecek bir aracın olmaması nedeniyle kadınların gebelikteki sağlık uygulamalarını ölçmek için kullanılan Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practices Questionnaire-II, HPQ-II) Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirliğini saptamaktır.

İleride gebelerle ilgili yapılan çalışmalarda ölçeğin kullanılması ve prenatal kontrollerde toplanan bilgilerde ölçek maddelerinden yararlanılıp uygulamaya yansıması uzak amaçlardır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotez;

H_1: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formu yüksek derecede geçerlidir.

H_2: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formu yüksek derecede güvenilirdir.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ülkemiz nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için büyük önem taşımaktadır (41). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem fizyolojik olaylar olmasına rağmen, sağlık hizmeti gereksinimlerinin arttığı dönemlerdir (44).

Kadınların eğitim düzeyi arttıkça evlenme yaşı ve doğurganlık ileri yaşlara kaymakta, isteğe bağlı düşük sayısı azalmakta, kadınlar kendi sağlıklarını korumada daha bilinçli davranmaktadır. Köşgeroğlu'nun belirttiği gibi, 46 ülkede yapılan bir çalışmada; bir ülkede kadının eğitim düzeyini %1 oranında arttırmanın, o ülkede doktor sayısını %1 oranında arttırmaya oranla çocuk ölümlerini önlemede üç kat daha etkili olduğuna dair veriler elde edilmiştir (35).

Bu nedenle tüm gebelere ve loğusalara birinci basamakta iyi eğitilmiş sağlık personelince (hekim veya ebe, hemşire) doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım verilmesi gerekmektedir (10). Prenatal eğitimin etkinliğini arttırmak amacıyla gebelerin yaşı, doğum sayısı, ırk vb. değişkenler göz önüne alınmalıdır. Travay boyunca kadınlar için gerekli tıbbi tedavi miktarını azaltmada prenatal eğitimin önemli bir değeri olduğu anlaşılmıştır (17).

Ölçekler, sağlık uygulamalarını ölçmede son derecede önemlidir. Ölçekler, gebe kadınların sağlık uygulamalarını ölçmede diğer gruplardan daha az kullanılır. Ör: bazı mevcut ölçekler; Gelikte Risk Tanılaması Görüntüleme Sistemi (PRAMS) gibi sınırlı sayıda uygulamaları değerlendirir. Diğer ölçekler uygulamalardan çok, uygulamalar hakkındaki inançları ölçer ve gebeler için özel değildir (39).

Bu araştırma gebeliğe özel sağlık uygulamalarını ölçmede GSUÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirliğinin test edilmesi amacıyla yapıldığı için önem taşımaktadır.

1.6. ARAŞTIRMANIN HEMŞİRELİK MESLEĞİ AÇISINDAN ÖNEMİ

Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına karşın öncelikli bakım verilmesi gereken gruplar arasındadır. Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir. Ana ölümlerinin %75'ini, gebelikle ilgili önlenebilir nedenler oluşturmaktadır. Öyleyse iyi bir doğum öncesi bakımla bu ölümlerin büyük kısmı önlenebilir (41).

Hemşireler, çalıştıkları kurumlarda sağlıklı yada hasta birey ile diğer sağlık personelinden daha çok iletişimde bulunmakta ve özellikle kontrole gelen gebelerle, muayene öncesi ve sırasında iletişim kurmaktadır. Bu dönemde kişinin eksiklerini veya yanlış uygulamalarını belirleyip bunlara yönelik girişimlerde bulunma imkanına sahiptir.

Geliştirilen bu ölçek, daha sistematik bilgi toplanmasına ve gerekli girişimlerin planlamasına yardımcı olacaktır. Bu kolaylık hemşirelerin hem iş gücü hem de harcadıkları zamanı azaltacak ve daha fazla bireye hizmet vermesini sağlayacaktır.

1.7. SINIRLAMALAR

Araştırma İzmir'deki tüm hastanelerde uygulanmak istenmesine karşın, zaman ve maddi yetersizlikler nedeniyle araştırma kapsamına T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi alınmıştır. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile toplanacak bilgilerin retrospektif olması diğer sınırlılıklardır.

1.8. TANIMLAR

Sağlık Uygulamaları: Gebenin kendi sağlığını ve fetus/yeni doğan sağlığını içeren gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir (39).

1.9.GENEL BİLGİLER

1.9.1.KADIN SAĞLIĞININ ÖNEMİ

Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi; kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir (35). Annelerin sağlıklı olması, yalnızca kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocuklarının da sağlıklı olması için ön koşuldur. Bebek ve çocuklar ise gelecek toplumların temelidir (14).

Anne ve çocukların sağlığı toplumun diğer kesimlerinden farklı özellik gösterir, bu nedenle sağlık hizmetlerinde öncelikleri vardır. Öncelik nedenlerinden birincisi; gebelik, büyüme ve gelişme süreçlerinden kaynaklanan biyolojik özellikler anne ve çocukların hem hastalanma, hem de ölüm risklerini arttırmaktadır. Bu nedenle anne ve çocuklar sağlıklı olduklarında bile sağlık hizmetlerinde risk grubu olarak ele alınırlar (56).

Kadının doğurganlığı, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her gebelik, sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır (56). Gebelik, doğum ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları için dünyada her yıl 500 binden fazla kadın fizyolojik bir olgu olan gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir (35,56).

Dünyada her bir dakikada 380 kadın gebe kalmaktadır ve bu gebeliklerden 190'ı planlanmamış yada istenmeyen gebelik olmakta, 110 kadında gebeliğe bağlı

komplikasyon gelişmekte, 40 kadın sağlıksız koşullarda düşük yapmaktadır. Diğer bir ifade ile dünyada her gün en az 1600 kadın gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (35).

Tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde iken, sadece %1'i gelişmiş ülkelerde yaşanmaktadır (35,56).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre ana ölümlerinin %99'u kolayca önlenebilir nedenlerle meydana gelmektedir. Bu nedenler;

- Aşırı doğurganlık (çok ve sık doğum),
- Beslenme yetersizliği,
- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yeterli bakım alamama,
- Sosyal faktörlerdir (56).

1.9.2. GEBELİK

Her canlı, kendinden önceki bir canlının devamıdır. Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu ile sağlar. Olgun ovum ve spermin birleşerek kromozomların kaynaşması sürecine fertilizasyon denir. Gebelik ovulasyondan sonraki 24-48 saat içinde gerçekleşir (28). Gebeliğin süresi son mensturasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür (56).

Gebelik süresince annenin genital organları süratli bir değişim gösterirken diğer organ ve sitemleri de etkilenmektedir (25). Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir (56).

Gebelikte hormon yapımındaki artma, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur (28,56).

Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan en önemli değişme, motilite azalmasıdır (25,56). Buna bağlı gastrik boşalma zamanı uzar. Barsaklarda su absorbsiyonu artar, buna bağlı konstipasyon sık görülür (25).

Gebelikte oksijen harcamasının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında basal metabolizmada değişiklik görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda basal metabolizma hızında %20 artış olur (28,56).

Gebelikte birçok besin maddesine olan gereksinim artar. Bu gereksinim annede yeme isteği şeklinde ortaya çıkar. Gebelikte kilo artışı, fetusa ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Sürekli beslenen fetusa karşı anne aralıklarla beslenmektedir. Bu nedenle gebelikte sık aralarla ve yeterli karbonhidratla beslenmesi önerilir (56).

Gebelik; fetus, plasenta, myometrium, meme dokusu ve kanın hücresel ve protein içeriğindeki fizyolojik değişikliklerin gerektirdiği ihtiyaçları karşılayacak bir protein artışına neden olur. Gebelerde protein ihtiyacı gebe olmayanlara göre %25 artmıştır (56,64). Depolanan bu proteinler doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda ve loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak üzere kullanılır (56).

Normal gebelikte plazma proteinlerindeki azalmaya bağlı olarak serum kalsiyum ve magnezyum düzeylerinde fizyolojik bir azalma ortaya çıkmaktadır. Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Ancak normal bir diyet bu artan ihtiyacı karşılar. Artan anne eritrositlerinde ve fetusta, hemoglobin sentezi için demir ihtiyacı artar (56,64).

Gebelikte plazma osmolaritesindeki azalmanın da kısmen neden olduğu maternal adaptasyon ile su tutulumu oluşur. Tüm vücut ağırlığındaki artışın yaklaşık

%50'sine (6.5 lt) maternal sıvı tutulumu neden olur. Gebeliğin son aylarında uterusun büyük damarlara basısına bağlı olarak alt ekstremitelerde fizyolojik olarak ödem ortaya çıkabilir (64).

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek te mümkündür. Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir (56).

1.9.3. GEBELİK VE SAĞLIK

Toplumsal gelişmenin ön koşulu olan sağlıklı topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması ise toplumun yaratıcısı diyebileceğimiz annenin sağlığı ile çok yakından ilişkilidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan hedef grupların başında anne ve çocuklar gelir. Çünkü anne ve çocuklar bazı gelişimsel özellikleri nedeniyle risk grubuna girmektedirler (46).

Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir. Ana ölümlerinin %75'ini, gebelikle ilgili önlenebilir nedenler oluşturmaktadır (41). Başlıca anne ölüm nedenleri kanama, enfeksiyon ve toksemi olup bunların altında da aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım (DÖB) ve beslenme yetersizliği, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi önlenebilir nedenler yatmaktadır (46).

Özellikle geri kalmış ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyona bağlı ölüm, mortalite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca, bu ülkelerde görülen yüksek doğum oranları da göz önüne alındığında gebelik ve enfeksiyon birlikteliğinin azımsanmayacak sayıda olacağı ve bunun önemli bir sağlık

sorunu olarak karşımıza çıkacağı aşikardır. Enfeksiyon, gebelikte yalnızca önemli bir morbidite nedeni değil, aynı zamanda sık rastlanan maternal mortalite nedeni olarak karşımıza çıkar. Halen pek çok ülkede sık rastlanan üçüncü maternal mortalite nedeni enfeksiyondur (15).

Anne adayının yaşam şekli gelişmekte olan bebeği etkiler. Çocuk sahibi olmaya karar veren çiftler yaşam şekillerini gözden geçirip düzenlemelidir (56).

Gebelik süresince sağlık durumunda önemli değişiklikler meydana gelir (26). Lindgren'in yaptığı çalışmaya göre, gebeliğin sonucunu etkileyen gebelikteki sağlık uygulamalarının, maternal - fetal bağlanma, depresyon ve sistematik olarak yaşam koşullarını etkilediği bulunmuştur (38).

Toplumun sağlıklı olması, insanların kendi sağlıklarının değerini bilmeleri, korumaları ve sunulan sağlık hizmetlerini iyi kullanmaları ile de ilgilidir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak sağlık bakımında hemşirenin de rolü değişmiş ve gelişmiştir (46).

1.9.4. GEBELİKTE DİNLENME VE UYKU

Uyku ve dinlenme sağlığın ön koşuludur. Gebelikte fiziksel ve ruhsal sağlık için yeterli dinlenmek önemlidir. Gebelikte yorgunluk ve halsizlik sıklıkla görülür. Buna bağlı gerginlik, korku, duygusallık, huzursuzluk, endişe ve uykusuzluk gelişebilir (28).

Gebelikte vücudun ağırlık merkezi değişmektedir. Bu nedenle kadın ayakta durabilmek için daha fazla efor harcar ve yorulur. Yorgunluğu azaltmak için işlerin mümkün olduğu kadar oturarak yapılması önerilir (56).

Dinlenme rahat bir gece uykusuyla sağlanır. Son aylarda abdomenin büyümesi, idrar

sıklığının artması ve fetusun aşırı hareket etmesi nedenleri ile annenin uyuması güçleşir. Bu aylarda en uygun uyku pozisyonu, annenin sol yana yatması hafif bükülmüş sağ bacağın altının bir yastıkla desteklenmesi şeklindedir. Gebe kadının sert bir yatakta yatması daha sağlıklıdır. Alışkın olduğu ve kendini rahat hissettiği pozisyonda yatmasında bir sakınca yoktur. Sırtüstü yatışta bel ve diz altının desteklenmesi yararlıdır. Gebelere mümkünse sabah ve öğle yarım saatlik uykular önerilmektedir. Gebelerin rahatça oturması için sırt dik olacak şekilde yastıkla desteklenmeli, ayaklar venöz dönüşü kolaylaştıracak şekilde yükseltilmelidir (28).

1.9.5. GEBELİKTE EGZERSİZ

Sağlıklı bir hayat sürdürmek için fiziksel aktivite önemlidir. Literatürde gebelikte egzersizin önemi üzerinde durulmuştur (22). Obstetrik ve tıbbi komplikasyonu olmayan gebeler için egzersiz yararlıdır (19).

Gebelikte aerobik, yürüyüş gibi hafıf egzersizlerin olumsuz bir bulgusuna rastlanılmamıştır. Ancak dalış, su kayağı, ata binme, kayak yapma, raket sporları veya sauna gibi gebe kadını ağır yorgunluğa itecek ve yaralanmaya neden olabilecek aktivitelerden kaçınılmalıdır (5,64).

American College of Obstetricans and Gynecologists (ACOG) komitesinin bildirisinde, epidemiyolojik veriler doğrultusunda gestasyonel diyabetin önlenmesinde egzersizin birinci derecede önemli olduğu vurgulanmıştır (5).

Gebelikte düzenli egzersiz yapmanın birçok yararı vardır. Bunlar;

- Bulantı ve kusmayı azaltır
- Eklem ağrılarını azaltır
- Kendini iyi hissetmesini sağlar
- Beden imajını yükseltir
- Postür bozukluklarını önler

- Nefes darlığını azaltır
- Varis oluşumunu önler
- Kabızlığı önler
- Stres ve gerginliği azaltır, rahat uyumayı sağlar
- Travay rahat ve kontrollü geçer
- Doğum süreci kısalır
- Epizyotomi gereksinimi azalır
- İleride karşılaşılabilecek sorunları (inkontinans, cinsel tatminsizlik vb.) önler (19,66).

Gebelikte egzersiz yaparken dikkat edilmesi gereken bazı ilkeler vardır. Bunlar;

- Her sağlıklı gebe kadın egzersiz yapabilir.
- Egzersizler mutlaka düzenli yapılmalıdır (haftada en az üç kez).
- II. ve III. trimesterde uzun süre sırt üstü ve ayakta yapılan egzersizlerden kaçınılmalıdır.
- Egzersizlere yavaş başlanmalı, zaman içinde arttırılmalıdır.
- Özellikle karın kasları olmak üzere, her kas grubuna germe egzersizleri yapılmamalıdır.
- Kegel egzersizleri her gün uygulanmalıdır.
- Egzersizler uygun hızda, uygun yolla ve uygun postürde yapılmalıdır.
- Travmaya neden olabilecek egzersizler yapılmamalıdır.
- Egzersiz aralarında yürünmeli veya ayak ve bacak hareket ettirilmelidir.
- Sıcak ve nemli odalarda egzersiz yapılmamalıdır.
- Egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında su içilmelidir.
- Asla bel hiperekstansiyona getirilmemelidir.
- Egzersiz sırasında, gebe yorgunluk hissettiğinde egzersizi bırakmalıdır.

- Egzersizden yarım saat önce kan şekerinin düşmesini engellemek için hafif meyve, meyve suyu gibi gıdalar yenmelidir.
- Egzersizlere postpartum dönemde de devam edilmelidir.
- Valsava manevrasından (ıkınma hareketi) kaçınılmalıdır (19,66).

Her gebe kadının yapması gereken egzersizler vardır. Bunlar;

- Isınma egzersizleri
- Kegel egzersizleri
- Pelvisi hareket ettiren egzersizler (pelvik tilt)
- Germe egzersizleri
- Sırt egzersizleri
- Sırt, göğüs ve boyun egzersizleri
- Karın kas gücünü arttırıcı egzersizler
- Bacak ve ayak egzersizleri (66).

Gebe kadınların egzersiz yapmaması gereken bazı durumlar vardır. Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon, erken membran rüptürü, erken doğum riski, servikal yetmezlik, intrauterin gelişme geriliği, II. ya da III. trimester kanamaları, plasenta previa, çoğul gebelik gibi durumlarda gebelerin egzersizden kaçınması gerekmektedir (19).

1.9.6. GEBELİK VE TRAVMA

Günümüzde özellikle şehirde yaşayan kadınlar gebelikleri sırasında ekonomik nedenlerle veya kendi seçimleri olarak yaşam şekillerini değiştirmemektedirler. Gebelik süresince araç kullanmakta ve formlarını koruyabilmek için spor etkinliklerine katılmaktadırlar. Gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler düşünüldüğünde, bu yaşam şekli gebenin travma ile yaralanma riskini

arttırır. Yamaç'ın çalışmasına göre, gebelerde travma sonrasında yaralanma %6-7 olarak belirtilmiş, bu gebelerin %0.3-0.4'ünün hastaneye yatırılarak tedavi edildiği rapor edilmiştir. Gebelik sırasında trafık kazaları sonrasında görülen yaralanmalar anne ve fetus yaşamını tehdit eder. Günümüzde kadınlar gebelik süresince araç kullanmaktadırlar. Emniyet kemeri takılmasının, fetus ve anne açısından etkinliği değişik çalışmalar ile araştırılmıştır. Doğru olarak takılmış olan emniyet kemerinin kaza anında gebenin ön camdan çıkmasnı önlediği bildirilmiştir. Üç nokta destekli eınıiiyet kemerleri travma anında kuvveti daha geıiiş bir alana yaymaktadır. Ek olarak gövdenin pelvis üzerinden fleksiyona gelmesini önleyerek uterus üzerindeki kompresyon kuvvetlerini azaltmaktadır. Üç nokta destekli emniyet kemeri kullanıldığı zaman fetus ölüm oranının %8'e indiği bildirilnıiştir. Emniyet kemerlerinin gebeliğin her döneminde kullanılması gerekmektedir. Doğru olarak kullanılır ise etkindir. Omuz kayışı (iki) göğüs arasında olmalı, alt kayış ise pelvisin alt kısmından geçmelidir (64).

Düşme, trafik kazası, saldırı veya intihar amaçlı penetran yaralanmalar sık görülen travma nedenleridir. Gebelik sırasında meydana gelen ölümlerin doğum ile ilgili olmayan nedenleri arasında en sık görülen etiyolojik faktör travmadır. Trafik kazaları sonrasında meydana gelen ölümlerin, diğer nedenlerle meydana gelen ölümlerden on kez daha fazla oldugu bildirilmiştir (64).

Küçük travma sonrası obstetrik komplikasyonların nedeni, uterusa olan direk travmalar özellikle 35. haftadan büyük gebeliklerde önemli bir risk faktörüdür (63).

İnsanlığın başlangıcından itibaren her toplumun ana unsuru kadındır. Ancak kadınların toplumsal statüsünün düşük olması, sosyal, ekonomik, psikolojik güç dengesizliğine yol açmakta ve kadının şiddete uğraması için zemin hazırlamaktadır. Kaynaklarda kadın gebe kaldığında aile içi şiddete

uğrama riskinin arttığı belirtilmektedir. Gebelerde aile içi şiddetin tanısı ve görülme sıklığı ile ilgili pek çok çalışmada; düşükle gelen kadınlarda anamnez ve muayenede aile içi şiddetin sorgulanması önerilmektedir (9).

Giray ve arkadaşlarının gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla, İzmir-Uzundere bölgesinde yaptıkları çalışmada, gebelerin %20'sinin gebelikleri süresince, %23.7'sinin evlilikleri boyunca aile içi fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır (24).

Taşpınar ve arkadaşların Çanakkale'de gebe kadınların fiziksel şiddete uğrama durumlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin, %18.5'inin gebeliklerinden önce, %10.4'ünün daha önceki gebeliklerinde, %10.3'ünün ise şu anki gebeliklerinde fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır, 35 yaştan büyük (%33.3), 25yaştan küçük (%26.7) ve düşük gelirli gebelerin şiddete daha çok uğradıkları ve %20'sinin prenatal bakım almadıkları saptanmıştır (57).

Taşpınar ve arkadaşlarının Manisa ilinde gebelerin fiziksel şiddete uğrama durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %32.2'sinin gebeliklerinden önce, birden fazla gebeliği olan gebelerin %28.4'ünün daha önceki gebeliklerinde, %24,8'inin ise şu anki gebeliklerinde fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır. Taşpınar ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre, gebeliğinde fiziksel şiddet gören kadın oranı Denizli'de %32.4, Van'da % 55.1 olarak bulunmuştur. Bu değerler fiziksel şiddetin yaygın olarak gebelikte de devam ettiğini göstermektedir (58).

Gebelik sırasında fiziksel şiddet sonucu; I. ve II. trimestir kanamaları, fetusta kırıklar, uterus, akciğer yada dalak rüptürü, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, düşük yapma, ölü doğum, erken doğum gibi komplikasyonlar ortaya çıkmakta ve şiddeti deneyimleyen gebe kadınlar, prenatal bakımı geç almakta ve yetersiz kilo

almaktadırlar. İstenmeyen gebelikler de artmaktadır. Gebelikte şiddetin neden olduğu aşırı stres ve anksiyete yine erken doğuma ve fetusta büyüme geriliğine yol açabilmektedir. Stres kadınların yeterli beslenmesini, dinlenmesini, egzersiz yapmasını ve tıbbi bakım almasını engellemektedir. Ayrıca, bu kadınlarda depresyon görülmekte ve gebelik sonuçlarını indirekt olarak etkileyebilecek sigara, alkol, madde bağımlılığı gibi kötü sağlık alışkanlıklarında artışa yol açabilmektedir (50,51,58).

Gebelikte travmaya bağlı en çok görülen komplikasyonlar; erken doğum, spontan abortus ve plasenta ayrılmasıdır. Travmada plasental ayrılma fetal sağlığı tehlikeye atan en önemli nedendir. Bunun yanında, doğum öncesi kanama, erken membran rüptürü, fetal yaralanma, gibi pek çok soruna neden olmakta, bebekte ise düşük doğum ağırlığı, fetusta kırıklar, uterus, akciğer ya da dalak rüptürü, fetal yaralanma ve fetal distres gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara yol açmaktadır. Gebe kadınlarda şiddetin en dramatik sonucu, anne ve bebek ölümleri olarak karşımıza çıkmaktadır (9,51,64,63).

Gebelik süresince travma insidansının düşük olması, travmanın neden olabileceği zararlı etkilerinden korunmayı önlemek için riskli adımlardan kaçınarak travmadan uzaklaşmadan kaynaklanmaktadır. Toplam travma olgularının az sayıya sahip olmasına rağmen, gebelikte travma, gebelik süresince maternal ölümlerin başlıca nedenlerindendir. Fetal ölümlerin en az %5'ini kapsadığı kanıtlanmıştır. Gebelikte, travmanın %0.03 ve %0.09'ünün fetal kayba neden olduğu tahmin edilmektedir (63).

Değişen yürüyüş mekanizması ve dengenin korunmasındaki güçlük nedeniyle özellikle gebeliğin son dönemlerinde düşmeler sık olarak görülür. Gebelerin merdiven inerken ve çıkarken dikkatli olmaları önerilir. Ortopedik ve alçak

topuklu ayakkabılar güvenli ve rahat bir yürüyüş için tercih edilmelidir. Annede meydana gelen pelvis kırığı direkt travma ile fetus kafa kemiklerinde kırıklara ve intrakranial hemorajiye neden olmaktadır. Direkt travma etkisiyle intrauterin fetus ölümü veya erken doğum eylemi görülebilir (64).

Travma, fetus üzerinde çeşitli olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu etkiler;

- Spontan düşük
- Fetal hipoksi
  (Ablasyo plasenta, uterus, plasenta ve kord yaralanması, fetal kanama)
- Direkt fetal yaralanma
- Erken doğum eylemi'dir (64).

1.9.7. GEBELİKT VE KAFEİN TÜKETİMİ

Gebeliğin erken dönemlerinde, maternal kafein tüketimi spontan abortus riski ile ölü doğum riskinde artma, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin büyümeyi sınırlama ile ilişkilidir. Gebelikte kafeinin yarılanma ömrü uzamaktadır. Gebe olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında üçüncü trimesterin sonlarına doğru üç kat fazla bulunmuştur. Devamlı kafein alımına sahip olanlarda, kandaki kafein konsantrasyonu %75'e yükselmektedir. Gebelerde sigara içme ile kafein metabolizması artmaktadır, daha kısa kafein yarı ömrüne sebep olmaktadır (13).

Gebelik süresince haftada beş yada daha fazla miktarda alkol ve günde 375 mg veya daha fazla kafein tüketmek spontan abortus riskini yükseltebilir (48).

1.9.8. GEBELİK VE MARİJUANA KULLANIMI

Marijuana, topikal anestetik ve lokal vazokonstrüktör etkilere sahip, bağımlılık yapıcı bir maddedir. Aynı zamanda santral sinir sistemi (SSS) uyaranıdır. Vazokonstrüktör etkisinden ötürü plasental ablasyo sıklığında artmaya neden olur

(64). Bir tane marijuananın akciğere etkisi 16 sigaraya eşittir (32).

Gebelikte marijuana kullanmanın bazı maternal komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Bunlar;

- Fiziksel bağımlılık yapmakla birlikte psikolojik bağımlılık yapmaktadır.
- Kullananlar sigara içenlerden daha fazla kansere yakalanırlar (32).

Gebelik süresince marijuana kullanımının fetal komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Bunlar;

- Fetal büyümeye, nöro-davranışsal aktiviteye, gebelik süresine etkisi vardır.
- Yenidoğanda huzursuzluk nedeniyle bebek ağladığında avunmada zorlanır. Bu yüzden anne bebek iletişimi etkilenir (32).

1.9.9. GEBELİK VE KOKAİN, AMFETAMİN LSD, EROİN, İNHALANT KULLANIMI

Alkol, alkol dışı madde kullanımı ve bağımlılığı çağımızda tüm dünyada ve ülkemizde ciddi boyutta bir sağlık problemi ve toplumsal sorunlardandır. Her ne kadar son yıllarda yapılan araştırmalar sonucu elde edilen veriler, uyuşturucu madde bağımlılığının bugün için toplumumuzu tehdit edici boyutlarda olduğunu göstermese de, gerekli önlemler alınmadığı takdirde gelecekte önemli bir sorun olacağı endişesi kaçınılmazdır. Gerek toplumun her kesimini etkilemesi, gerekse bir toplumdan diğerine sınır tanıma yaygınlığıyla, çağımızın önemli sorunlarındandır. Çünkü sorun sadece maddeyi kullanan bireyi değil o bireyin ailesini, ailesinin parçası olduğu toplumu ve giderek o toplumda kültürel yapı özelliklerinden ekonomik işleyişine kadar uzanan bir devamlılıkta tüm toplumsal kesimi etkilemektedir (32).

Doğum yapan kadınlar arasında ve gebelikte madde bağımlılığı giderek artmaktadır. ACOG'e göre, gebe kadınların %10'unda madde bağımlılığı problemi

vardır. Bağımlılık yapan çeşitli maddeler gebe kadınlarda, gebelik komplikasyon riskini arttırmakta, fetusta fiziksel ve mental risklere neden olabilmektedir. Bu durum ailelerin madde bağımlılığından haberdar olabilmeleri için üreme çağı boyunca hemşirelik bakımı almalarını zorunlu kılmaktadır (32).

Kokainin toz ve kristal olmak üzere iki şekli vardır. Toz formları inhalasyon yada eritilerek intravenöz yolla alınırlar. Birinci sınıf (crack) "rocks" adı ile isimlendirilen kristal formunun %90'ı saf kokain içerir. Bu yüzden bu formları akciğer dokusu aracılığıyla emilir. Koklayarak içe çekilen kokain birkaç dakika sonra kanda yükselir ve bir saatten daha uzun süre etkisi devam eder. İntravenöz yolla alınan kokain ya da sigara kokainler birkaç saniye içinde yükselme sağlar ve yaklaşık 30 dakikadan daha uzun eforiye neden olur. Bu yüzden genellikle daha sık alınır ve bu nedenle daha fazla bağımlılık yapar. Dolayısıyla bu çeşitlerde bağımlılık daha fazla görülür. Kokain kullanımı ile fetusta, segmental intestinal atrezi, ekstremite anomalileri, konjenital kalp anomalileri, beyin anomalileri, genitoüriner sistem anomalileri bildirilmiştir (56,64).

Eroin, en yaygın olarak damardan çekme olarak bilinen intravenöz yolla kullanılır. İlacın içilmesi yada inhale edilmesi, intravenöz yolla geçen HIV korkusundan dolayı daha popüler olmaktadır (32).

Gebelikte eroin kullanmanın, gebede olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte eroin kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- Preterm doğum riski 3-7 kat artar.
- Hepatit, tüberküloz, HIV gibi enfeksiyon komplikasyonları artar (32).

Gebelikte eroin kullanımının, fetus ve yeni doğanda istenmedik durumlara neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte eroin kullanımının neden olduğu fetal ve neonatal komplikasyonlar:

- Preterm ve prematüre doğum
- Fetal akciğer olgunlaşmasını hızlandırır, fakat mekonyumlu amnion sıvısı riskini arttırır ve ani bebek ölümü sendromu riski daha yüksektir.
- Prenatal eroine maruz kalan bebeklerin %60-80'inde yoksunluk belirtileri vardır.
- Postnatal büyümede yetersizlik, hafif derecede gelişimsel gecikmeler ve davranış bozuklukları gözlenmiştir (32).

Buz ve mavi buz olarak bilinen amfetaminler kokain gibi özellik gösterdikleri için kokain ile benzer durumlarda kullanılmaktadır (32,56).

Gebelikte amfetamin kullanmanın, gebede olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte amfetamin kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- Ablasyo plasenta
- Hiperaktivite
- Unutkanlık, iştah kaybı
- Kardiyak ritim bozukluğu görülebilir (32, 56).

Gebelikte amfetamin kullanmanın, fetus üzerinde istenmedik durumlara neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte amfetamin kullanımının neden olduğu etkiler:

- İntrauterin büyüme geriliği
- Beyin gelişiminde azalmalar
- Konjenital anomaliler
- Fetal stres
- Neonatal gerileme yapabilir (32).

1.9.10. GEBELİKTE CİNSELLİK VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR

Gebelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen bedensel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle çiftlerin cinsel yaşamları etkilenebilmektedir. Bu değişiklikler gebeliğin her trimesterinde görülebilmektedir. Çünkü gebelik çeşitli bedensel ve ruhsal değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir (65).

Gebelikteki normal fizyolojik değişiklikleri gözden geçirdiğimizde bunların çoğunun gebe kadının cinselliğini dile getirmesini engellediği dikkati çekmektedir. Örneğin erken gebelikteki bulantı-kusmalar, gebenin sıklıkla hissettiği halsizlik ve yorgunluk olumsuz etmenlerdendir. Üçüncü üç aylık dönemde beden değişikliklerinin artmasının yanında öne çıkan yorgunluk hissi nedeni ile kadın açısından cinsel yaşamında rahatsız edici bir durum olmaktadır (67).

Yangın (2004), tarafından yapılan çalışmada, gebelerin tamamı gebelikte cinsel ilişki sıklığında değişiklik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (65). Yıldırım'ın belirttiğine göre, yapılan bir çalışmada gebelikte cinsel davranışlarını değiştirme gerekçeleri arasında kadınların %46'sı bedensel rahatsızlığı belirtmişlerdir. Erkeklerde de eşleri gebe iken cinsel ilişki için istekte azalma görülebilmektedir. Bunun bir nedeni, gebeyi uygun olamayan bir cinsel arzu nesnesi olarak görmesidir (67).

Gebelikte, abortus veya preterm eylem vakalarında koitus yasaklanmalıdır. Bunların dışında sağlıklı gebe bir kadının gebeliğin son dört haftasına kadar cinsel ilişkiye girmesinde bir sakınca yoktur (18,64,65). Bu dönemde meni içinde bulunan ve prostoglandin adı verilen maddelerin uterus kasılmalarını başlatarak erken doğuma sebep olmaması için ilişki önerilmemektedir, yine bu dönemde erkeğin cinsel organı yolu ile vaginaya ithal edilen mikroorganizmalar doğum esnasında aktif hale geçerek loğusalık devrinde bir enfeksiyona sebep olabilirler (18). Read ve

ark.'nın (1993) yaptıkları çalışmada sık koitus ile preterm eylem arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (64).

Erkekte veya kadında teşhis edilmemiş genital enfeksiyon varlığında tam olarak tedavi tamamlanıncaya kadar ilişki yasaklanmalıdır (18). CYBH'dan ilerleyen genital enfeksiyonlar, fertilite ve perinatal mortalite ve morbiditeyi etkilerler (16).

Bakteriyel vajinozisten ilerleyen genital enfeksiyonların erken doğuma neden olduklarına dair veriler, 1990'ların ortasından beri, toplanmaktadır. CYBH ile ilgili sosyal ve davranışsal faktörleri tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ana amacıdır. Semptomatik kadınlarda vajinal ve servikal enfeksiyonları araştırmak ucuz, basit ve güvenilir olduğundan, DSÖ tanılamaya büyük öncelik vermiştir (16).

Yangın tarafından yapılan çalışmada, eşleri ile cinsel ilişki yaşamayan gebelerin %26.9'u eşlerinin seks işçilerine gidebileceğini, %7.6'sı eşlerinin seks işçilerine gidebileceği tehdidi karşısında cinsel ilişkiye istemeden girdiklerini ifade etmişlerdir (65).

Dwyer tarafından yapılan çalışmada, gebe kadınların eşleri tarafından kondom kullanımının çok sık olmadığı belirtilmiştir. Gebelerin yalnızca %6'sı eşlerinin daima kondom kullandığını bildirmiştir. Gebelerin %67'si eşlerinin hiç kondom kullanmadığı yanıtını vermiştir. Sonuçlarda çiftlerin %91'inin hiç yada nadiren kondom kullandıkları belirtilmiştir. Sadece birkaç gebe cinsel ilişkide bulunduğunda eşinin cinsel yolla bulaşan hastalık taşıdığının farkındadır (16).

Dwyer'ın çalışmasında, gebe kadınların 109'unun %9'u cinsel ilişkileri devam ederken eşinin CYBH ile enfekte olduğundan şüphe etmiştir. Eşlerinin aktif enfeksiyonlu olduğundan şüphelenen 10 kadından dördü her gün cinsel aktivitede bulunduklarını ve dördü cinsel ilişki sıklığının haftada bir-iki ile ayda bir arasında değiştiğini bildirmiştir (16).

Dwyer tarafından yapılan çalışmada, kadınlara partner sayısı sorulmuş ve gebelikleri süresince kadınların %27'sinin çok eşli olmasına rağmen, %73'ü tek eşe sahip olarak bulunmuştur. Riskli davranışların çok yönlü analizleri sonucunda Jonsson ve arkadaşları yaşam boyunca dörtten fazla eşe sahip olmayı CYBH ile ilgili iki bağımsız risk faktöründen biri olarak bulmuştur. CYBH'ın insidansı cinsel eş sayısı çoğaldıkça artmakta ve kondom kullanmayla azalmaktadır. Veriler kontrasepsiyon istenmediğinde CYBH'ları önlemek için kondom kullanmanın çoğunlukla önemsiz olduğunu göstermektedir (16).

Gebelikte cinsel ilişkiyle ilgili olarak her iki eşte koitus sonucu fetüsün zarar görebileceği korkusu olabilir. Sağlık hizmeti verenler, eğer gebelikte koitusun sakıncalı olabileceğine ilişkin kanıt yoksa, bu korkuları gerekli açıklamalarla gidermelidirler. Gebede erken membran rüptürü varlığı yada eşin CYBH taşıyıcısı olması durumunda amnion enfeksiyonu riski çok artacağı için koitus yasaklanmalıdır (67).

Tüm dünyada hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunması ve geliştirilmesine odaklanan anlayışın yaygınlaşması ile birlikte hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rolleri de giderek daha fazla önem kazanmıştır. Ebe ve hemşireler gebe kadının cinsel gereksinimleri tedavi hizmetlerinin bütün basamaklarında ele almalıdırlar (65).

1.9.11. GEBELİK VE BİTKİSEL TERAPİ KULLANMA

Kadınların destekleyici ilaçları kullanmaları, gebelik süresince kendi istekleri ile tıbbi tedaviden uzak durmalarına ve destekleyici tedavilerin doğal ve yan etkisiz olduğunu düşünmeleri nedeniyle olabilmektedir (21).

Tamamlayıcı tedaviler sırt ağrısı, bacak krampları gibi gebelikle ilgili çeşitli

yakınmaların tedavisinde kullanılmaktadır, buna rağmen etkililiği konusunda kanıtlar yetersizdir (21).

Gaffney ve Smith tarafından yapılan çalışmada, ebelerin çoğu, tamamlayıcı tedavilerin gebelik süresince kullanılabileceğini düşündüğü belirlenmiştir. Bu tedaviler; masaj, yoga, meditasyon, aromaterapi, bitkisel terapi ve hipnozdur (21).

1.9.12. GEBELİK VE VÜCUT HİJYENİ

Gebelikte yağ ve ter bezlerinin salgılaması artar. Bu nedenle gebenin her gün, ayakta, ılık duş alması, cilt kuruluğunu önleyebilmek için banyo sonrası özellikle karına yağlı krem sürmesi önerilebilir (28). Gebelikte banyonun ayakta duş şeklinde ya da su dökülerek yapılması sağlığa uygundur. Suyun ısısının ılık olarak ayarlanması yararlıdır. Gebelikte vajinal duştan kaçınılmalıdır. Çünkü vajinal duş vajinanın normal savunma mekanizmasını bozar (56). Gebelikte vajinal hijyene önem verilmesi, pamuklu çamaşır giyilmesi, vajinal duş yapılmaması, deodorant vb. gereçleri kullanılmaması gerekir (18).

1.9.13. GEBELİK VE TOKSİK KİMYASALLAR

İnsan embriyosunun karmaşık biyolojik gelişimi sırasında birçok faktör bu gelişim sürecini etkileyebilmekte ve fetal anomaliler ortaya çıkabilmektedir. Bu faktörlerin tümü teratojen faktörler olarak adlandırılırlar. Gebelikte teratojen ajanlara maruz kalındığında, normal gelişim (defekt onarılır), embriyonel ölüm ve abortus, majör ve minör konjenital anomaliler, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, genetik hastalıklar, bozulmuş organ fonksiyonları ve tümör gelişimi gibi sonuçlarla karşılaşılabilir (64).

Birçok kimyasal ajanın teratojenik etkileri konusunda net bilgiler yoktur. Gebeliğin erken dönemlerinde, benzen, dikloretilen, kloroform ve tolutene maruz

kalan fetuslarda abortus ve yapısal defektlerde minimal artış bildirilmişse de, kesin yargılara varmak olanaklı değildir. İnsektisitlerin de kesin teratojen etkileri şu ana dek gösterilmemiştir. Saç boyaları amin içerirler ve deri yoluyla emilebilirler. Saç boyalarının spontan abortusu arttırdıkları öne sürülmüş olsa da, teratojenik etkileri tam bilinmemektedir (64).

Son yıllarda, hassas kimyasal analiz metotları ile hemen bütün kimyasal maddelerin ve metabolitlerinin fetal dolaşıma ulaştığı tespit edilmiştir. Bir teratojen ajanın gösterebileceği etki :

- ✓ Maruz kalınan embriyolojik dönem,
- ✓ Doz, eşik doz,
- ✓ Maruz kalma süresi,
- ✓ Farmakokinetik ve metabolizması,
- ✓ Plasental transporta bağlıdır (64).

1.9.14. GEBELİK VE İLAÇ KULLANIMI

Gebelik süresince tıbbi tedavi kullanımı hem anne hem de fetus için potansiyel bir risk durumudur (8).

Kullanılan ilacın fetustaki konsantrasyonu, maternal konsantrasyonun %20-80'i dolayında olmaktadır. Konsantrasyondaki bu azalma plasenta ve fetustaki ilaç metabolizmasına bağlıdır (64).

Plasenta, yabancı maddelere lipid bir membran gibi davranmakta, yağda eriyen maddeler plasentadan rahatlıkla geçerken, suda eriyen maddelerin geçişi daha zor olmaktadır. Moleküler ağırlık da plasentadan geçişi için önemli bir faktördür. Ajanın pH'ı da geçirgenliği etkileyen bir faktördür. İlaçların plazma proteinlerine bağlanması, fetusa ulaşmalarını engelleyen bir faktör olarak düşünülmüştür. Ancak

maddenin proteine bağlanmasının fetal geçişi etkilemediği görülmüştür. Maddenin serbest formu plasentadan geçtiğinde, proteine bağlı formu serbestleşmekte, böylece proteine bağlanma bir depo görevi yapmaktadır (64).

Birçok kadının gebeliği süresince reçete edilen ilaçları kullanmasına rağmen, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gebelikte reçete edilen ilaç tipleri ve reçete edilen miktarı/dozuyla ilgili çok az geçerli çalışma vardır. Bir kadının hamile olduğu tıbbi bakım sistemleri tarafından belgelendiğinde (ör: ilk prenatal ziyaretten sonra) ilaca maruz kalma verileri oluşur (8).

Bu duruma en iyi örnek, Talidomit'tir. Talidomit, 1950'li yıllarda uyku ilacı ve erken gebelik bulantılarını önlemek amacıyla Almanya'da kullanılmıştır. Bilim adamları, 1961 yılında, gebelik süresince kullanılan Talidomitin bazı özel konjenital malformasyonlardan sorumlu olduğunu bulmuşlardır. Bu konjenital malformasyonlar, kol, bacak, gibi vücuda bağlı organlarda kısalık veya yokluklar, göz, böbrek, kalp ve sindirim sistemindeki çeşitli malformasyonlardır. İlacın satışı, olumsuz etkileri kanıtlandıktan sonra durdurulmuştur ve ABD'de kullanılması, Food and Drug Association (FDA) tarafından yasaklanmıştır (2,47,53).

Andrade ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, örnek populasyonu belirlemek için kura çekilmiş geniş grup gebe kadının önemli miktarı vitamin ve mineral dışında ilaç aldıkları belirtilmiştir. Bunların %40'ının FDA tarafından sınıflandırılan C kategorisinde (gebelikte kullanım endikasyonu kanıtlanmamış) ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kadın için cinsiyet hormonları dışında, 12000 gebe kadın, potansiyel fetal risk kanıtı olan ilaçlara maruz kalmıştır (8).

Sadece demir takviyesinin gebe kadın için yararlı olduğu belirtilmiştir (64). TNSA 2003 raporuna göre, Türkiye'de kadınların %64'ü demir hapı aldıklarını veya şurubu içtiklerini belirtmişlerdir (55).

1.9.15. GEBELİK VE SİGARA KULLANIMI

Gebe bir kadının sigara kullanımı kendisi ve bebek sağlığını riske sokmaktadır. Çünkü fetus, annenin uterusunda gelişmektedir, annenin kan sistemi ile ilişkili olan midesi ve akciğerindeki kimyasallar fetusu etkileyebilir. Bu, annenin sigara içmesini yada çevredeki sigara dumanını inhale etmesini (pasif içicilik) de içermektedir (59).

Sigara, ana ürünü olan nikotinin oluşturduğu plasental yetersizlik ve fetal hipoksi nedeniyle dış gebelik, ablatio plasenta, plasenta previa, erken membran rüptürü gibi obstetrik komplikasyonlara neden olurken, spontan abortus, ölü doğum, prematürelik, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği nedeniyle de perinatal, bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde morbidite ve mortalite sıklığını arttırmaktadır (34). Erken dönem gebelikte sigara kullanımı majör konjenital malformasyonlarda belirgin artışa neden olduğu saptanmıştır. Konjenital kalp hastalıkları, spina bifida ve genitoüriner sistem anomalilerine de rastlanmaktadır (64).

Sigaranın neden olduğu sorunlar, antenatal dönemde sigaranın içilme zamanı, süresi ve karşılaşma yoğunluğuna bağlı olarak değişmektedir (34).

Yapılan çeşitli araştırmalarda, gebelerde aktif sigara içicilik prevalansı %10-37, pasif sigara içicilik prevelansı ise %11-49 arasında değişmektedir . Gebelik öncesi aktif olarak sigara içenlerin yaklaşık %30'unun gebelik döneminde içmeyi bırakmadığı, gebelikte sigara içenlerin üçte birinin de doğum sonrası içmeye devam ettiği bildirilmektedir (34). İrge ve arkadaşlarının (2005), gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %20.8'inin gebelikleri süresince sigara içtiği belirlenmiştir (29). Benzer olarak Şirin (1998) yaptığı çalışmada, gebelerin %28'inin gebelikleri sırasında sigara içmeyi sürdürdüğünü saptamıştır (52).

Eğitim düzeyi ve geliri düşük, çalışmayan, gebelik sayısı fazla, evlerinde oda sayısı az ve kalabalık aile yaşamı olan gebelerde aktif ve pasif sigara içimi daha fazla olmaktadır (34).

Sigara içmek çeşitli fizyolojik olayları olumsuz etkilemektedir. Bunlar:

- Karbonmonoksit, plasentaya geçerek hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltır.
- Nikotin, adrenalin salınımını uyararak vazokonstrüksiyona neden olur.
- Kadmiyum, çinkonun plasentaya geçişini engeller.
- Kemiklerden kalsiyum mobilize edildiğinden kemik kaybı artar. B_{12} vitamininin bağırsaktaki sentezi azalır, C vitamininin kullanımı artar (32).

Gebelikte sigara kullanmanın, anne için olumsuz etkileri bulunmaktadır. Gebelikte sigara kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- Spontan düşük
- Plasenta previa
- Erken membran rüptürü
- Preterm doğum
- Ölü doğum (riskini 2 kat arttırır) (32,59).

Gebelikte sigara kullanma, fetus ve yenidoğanda istenmedik durumların oluşmasına neden olmaktadır. Gebelikte sigara kullanımının neden olduğu fetal ve neonatal komplikasyonlar:

- Dikkat eksikliği
- Hiperaktivite rahatsızlığı
- IQ düşüklüğü
- Çocukluk dönemi kanseri riskini arttırma
- Yeni doğanda Ani Yenidoğan Ölümü Sendromu (Sudden Infant Death

Syndrome :SIDS) riskini arttırır.

- Çocukluk dönemi astım ve solunum yolu hastalıkları gelişme riski artar

- Anne sütünü azaltır (32).

1.9.16. GEBELİK VE ALKOL KULLANIMI

Etil alkol potansiyel bir teratojendir. Plasentadan belirli bir miktarda geçen alkolün direkt etkisi yada yıkım ürünü olan asetaldehit etkisiyle malformasyonlara yol açabildiği düşünülmektedir. Fetal alkol sendromu ilk olarak 1973'te tanımlanmıştır ve prenatal ve postnatal gelişme geriliği, mental retardasyon, davranış bozuklukları ve atipik yüz görünümüyle karakterizedir. Ağır kronik alkolizmde %50'ye varan fetal anomali insidansından bahsedilmektedir. Gebelikte ne kadar alkolün embriyoda patolojik sorunlara neden olabileceği kesin bilinmemektedir. Günlük 50 gr. alkol alımı sınır olarak gösterilse de, bu miktar altında kullanımda da fetal alkol etkilerine rastlanabilmektedir (64).

İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, gebelerin %2'sinin alkol tükettiği saptanmıştır (29). Haas ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin %14'ünün alkol kullandıkları belirlenmiştir (26).

Gebelikte alkol kullanmanın çeşitli fizyolojik olayları olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gebelikte alkol kullanmanın patofizyolojik etkileri:

- Çeşitli besinlerin emilimini engeller

- Tüm hücrelerin bölünme ve büyüme sürecine zarar verir

- Nöral gelişimi bozar

- DNA sentezini inhibe eder ve fetüse amino asit sağlanmasını engellemektedir (23,32).

Gebelikte alkol kullanmanın, anne için olumsuz etkileri bulunmaktadır. Gebelikte alkol kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- İnfertilite
- Spontan Abortus (kendiliğinden düşük)
- Ablasyo Plasenta (plasentanın erken ayrılması) riskinin artmasıdır (23,32).

Gebelikte alkol kullanma, fetus ve yenidoğanda istenmedik durumların oluşmasına neden olmaktadır. Gebelikte alkol kullanımının neden olduğu fetal komplikasyonlar:

- Genetik hassasiyet, alkole bağlı defektler, Fetal Alkol Sendromu (FAS)
- Nörolojik bozukluklar (mikrosefali, mental retardasyon, zayıf motor koordinasyonu, dikkat azlığı gibi.)
- Kraniofasiyal anomaliler (yüzün orta kısmının düzleşmesi, çökük dar burun kemiği, yassılaşmış ve uzamış phitrum "burun-üst dudak arasındaki oluk" gibi.)
- Diğer organ malformasyonları (konjenital kalp defektleri, konjenital kalça çıkıklığı gibi.) gibi zararlı etkiler yapabilir (23,32).

1.9.17. PRENATAL BAKIM

Doğum öncesi bakım, gebe kadının ve doğmamış bebeğinin sağlık bakımıdır. Bu bakım, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik kısımları içerir ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Doğum öncesi bakımın amacı, istenilen her gebeliğin, anne sağlığını tehlikeye atmadan, sağlıklı bir bebeğin doğumuyla sonlanmasını sağlamaktır (62). Doğum öncesi bakım gebeliğin erken dönemlerinde başlatılıp gebelik süresince devam ettirilirse daha yararlı olmaktadır. Doğum öncesi bakım için ilk ziyaret, gebeliğin üçüncü ayından önce yapılmalıdır. Gebeliğin erken belirlenmesinin avantajı, kadının temel sağlık durumunun değerlendirilmesini ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesinin sağlanmasıdır. TNSA 2003 araştırmasından önceki beş yıl içinde yapılan son doğumda kadınların %71'i gebeliğin altıncı ayından önce doğum öncesi bakım

almışlardır (55).

ABD'de 1986 yılında yapılan panelde antenatal izlem riskli gebelikleri belirlemek için prekonsepsiyonel takibi de içine alacak şekilde genişletilmiştir (64). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar antenatal takip yapılan gebelerde maternal ve perinatal mortalitenin daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca antenatal vizit sayısı ve başlangıçtaki gestasyonel yaşın da gebelik sonuçlarını etkilediği gösterilmiştir (55,62,64). Ancak son zamanlarda daha az prenatal vizitlerle daha kaliteli antenatal bakım üzerinde durulmaktadır. (64). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem fizyolojik olaylar olduğu halde, bu dönemler sağlık hizmeti gereksiniminin arttığı dönemlerdir (10).

Doğum öncesi bakım, diğer bir ifadeyle prenatal veya antenatal bakım, gebelerin belirli aralıklarla sağlık kontrolüdür (12). Doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısı da doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Gebenin sağlık kontrolü, gebeliğin ilk üç ayında başlar ve 28. gebelik haftasına kadar aylık muayenelerle devam eder, 28-36. haftalar arası iki yada üç haftada bir, 36 haftadan itibaren haftalık muayenelerle sonlanır (12,25,55,62). Eğitim durumu yükseldikçe yoksul olma riski azalmaktadır ve prenatal bakım alma sayısı yükselmektedir (3,55). Düzenli ziyaretler, gebelik süresince annenin ve çocuğun uygun bir şekilde takip edilmesini sağlamaktadır. TNSA 2003 raporuna göre, kadınların yarıdan fazlasının dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım için ziyaret yaptıkları bilinmektedir (55).

Public Health Data Watch'da yayınlanan (2003), 1980-2001 yılları arasında adölesan gebelik ve düşüklerin incelendiği çalışmada, gebeliğin ve gebelik sonunun sağlıklı olabilmesi için gebelerin, sağlıklarına dikkat edilmesi ve dikkatli, en iyi düzeyde bakım verilmesi ile sağlanabileceği belirtilmiştir (1). TNSA 2003 raporuna

göre, annelerin %81'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez, sağlık personelinden doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı annenin eğitim düzeyi ile güçlü bir ilişki içindedir. Doğum öncesi bakım gebeliğin erken dönemlerinde başlatılıp gebelik süresince devam ettirilirse daha yararlı olmaktadır. Gebeliğin erken belirlenmesinin avantajı, kadının temel sağlık durumunun değerlendirilmesini ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesini sağlamasıdır (55).

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanılmasının anlaşılması, anne ve bebek ölümü gibi gebelik sonuçlarının düzeltilmesinde birinci basamaktır. Literatürde, gebelerin doğum öncesi bakım ünitelerini kullanmasına yönelik yapılmış araştırmalar mevcuttur. Üstünsöz'ün belirttiğine göre; Brown, gebelerin doğum öncesi bakım almasını engelleyen faktörleri, sosyo-demografik, sistemsel ve geleneksel olmak üzere üç grupta sınıflandırırken, Maloni ve arkadaşları bu sınıflandırmayı, ekonomik, sistem kaynaklı ve kişisel engeller olarak göstermiştir (62). Erdoğan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada (1992), bebekle ilgili sağlık problemleri ve annenin ilk doğum öncesi kontrole başlama zamanı arasında yapılan ileri analizde ilk üç ayda kontrole başlayan annelerin bebeklerinin daha fazla oranda sağlıklı olduğu saptanmıştır (17). Gebelerin doğum öncesi bakım almasını engelleyen faktörler, mevcut sistemin değişmesi gerektiğini göstermektedir (62).

Ebe ve hemşirelerin doğum öncesi bakım hizmetlerindeki etkinlikleri içerisinde anneye gebelik, genel vücut bakımı, beslenme, egzersiz, gebelikte tehlike belirtileri, yenidoğan bakımı, aile planlaması ve annenin gereksinimi olabilecek diğer konularda gebenin bilgilendirilmesi yer almaktadır (10).

1.9.18. GEBELİK VE DİŞ BAKIMI

Ağız sağlığı ve sistematik sağlık birbirini etkilemektedir (27). Gebelikte diş

etlerinde hipertrofi ve irritasyon görülür. Kan volümünün artmasına bağlı olarak diş etlerinin hiperemisi sonucu ağrı olur (56).

Habashneh ve ark. yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam davranışları ile gebelik süresince diş bakımı alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (27). Gaffield ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik süresince ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kullanmada daha önce ağız ve diş hizmetlerine gitme sıklığı (gebe kalmadan önce) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (20).

American Academy of Periodontology'nin raporuna göre, son zamanlarda yapılan çalışmalarda periodontal hastalıkların gelişen fetusu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (4).

Yapılan araştırmalar, erken-düşük doğum ağırlıklı bebek (DDA) ve periodontal hastalıklar arasındaki bir ilişki olduğuna dair bulgular göstermektedir. İki vaka-kontrol çalışması (Offenbacher.1996, Desanayake1998) ve kohort çalışmalarında (Jeffcoat 2001, Offenbacher 2001, Lopez 2002), periodontal hastalıkların, bilinen çeşitli risk faktörleri doğrulandıktan sonra, preterm doğum ve DDA için risk faktörü olabildiğini göstermektedir (27).

Diş sağlığını korumak için, dişler öğünlerden sonra ve yatmadan önce fırçalanmalıdır. Gebelik sırasında genel diş tedavisi ve çekimi lokal anestezi altında yapılabilir. Kadın, diş doktoruna gebe olduğunu söylemelidir. Röntgen çekimi ve yoğun diş tedavisi mümkün olduğunca doğumdan sonraya bırakılmalıdır (56).

1.9.19. GEBELİK VE DOĞUMLA İLGİLİ BİLGİ EDİNME

Lawellen tarafından yapılan çalışmada (2004), bazı gebe kadınlar tarafından gebelik hakkında bilgilenmenin sağlıklı kalmak için bir yol olduğu bildirilmiştir. Gebeler; annelik-babalık, gebelik, çocuk gelişimi hakkındaki kitapları

okumaktadırlar. Gebeler merak ettiklerini, doktor ve hemşire gibi profesyoneller ve aile üyeleri gibi kişilere danışmaktadırlar (37). Lindgreen (2003) yaptığı çalışmada, şehir merkezinde oturan kadınların prenatal bakım almada küçük kentte yaşayan kadınlara göre daha fazla zorluk yaşadığını, fakat arkadaş ve ailelerinden bilgi edinerek kendi sağlık bakımları için girişimde bulunduklarını belirtmektedir (38).

Gebelik süresince uyguladıkları sağlık davranışlarını diğer insanlardan öğrenme en genel yöntemdir. Lawellen'in çalışmasında bilgilerin çoğunlukla aile üyelerinden alındığı belirlenmiştir. Gebeler, hemşirelere kıyasla doktorlardan daha fazla bilgi almışlardır (37).

Özbaşaran ve Yanıkkerem'in çalışmasında, gebelerin %55'i ebe ve hemşireden, %49'u ise doktordan gebelik ve doğum ile ilgili bilgi aldıkları belirtilmiştir (44).

Lawellen'in çalışmasında, kadınlar tarafından yazılı ve görsel bilgi alma bu çalışmada önemli olarak bulunmuştur. Kitaplar, klinikteki broşürler ve dergiler bunlara genel örneklerdir. Araştırmada, kadınlar tarafından gebelikteki sağlık davranışlarında başlıca bilgi kaynakları olarak kitaplar, aile üyeleri ve sağlık bakımı verenler belirtilmiştir. Çoğunlukla kadınlar prenatal bakım ziyaretlerinde klinikte bekleyerek vakit geçirmektedirler. Sağlık bakımı profesyoneliyle etkileşimi genellikle sınırlı bir sürede, muayene ve yanlış uygulamalarıyla ilgili konuşma (sigara içme, çok az yada çok fazla kilo alımı) ile geçmektedir. Bekleme odasındaki zaman sağlıklı davranışlarını güçlendirme ve yeni bir sağlık davranışı öğretmede kullanılabilir. Bu çalışmada gebelerin, gebelik için uygun sağlık davranışları hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarından çok yakın çevreden aldıkları (anne, akraba, arkadaş v.b.) görülmüştür. Bu durum özellikle düşük gelirli kadınlarda görülmektedir. Eğitim verilirken bu grup hedef alınmalıdır (37).

1.9.20. GEBELİK VE RAHATLAMA YÖNTEMLERİ

Gebelik, menarş, menopoz gibi kadınların yaşamlarındaki en önemli gelişimsel adımlardan biridir. Gebelik, çoğunlukla güçlü ve derin duyguların yaşandığı, gelişim için bir fırsat ve kendini tanıma, yaratıcılık için de bir şans olabilir. Neşe ve iyi olma duyguları getireceği gibi aynı zamanda stres dolu bir deneyimdir (43).

Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır. Gebelik süresince oluşan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere rağmen yetişkin kadınların çoğu bu süreci iyi tolere ederler. Gebelik kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik sırasında uyum sorunlarını arttırabilir (36). Stres kadınlarda yeterli besin, dinlenme, egzersiz, tıbbi bakım almayı da azaltmaktadır (50).

Gebelik gibi yaşam olaylarında eş desteği temel ihtiyaç olabilir. Yapılan bir çalışmada, kadınların eşleri tarafından sağlanan destek ile gebelerin annelerinin gösterdikleri destek arasında fark olmadığı belirlenmiştir (60). Taşçı'nın (2004) yaptığı çalışmada gebelerin %89.1'inin eşlerinden destek aldıkları, Ünsal'ın (2003) yaptığı çalışmada, gebelerin %34.3'ünün eşlerinden, %31.5'inin annelerinden destek aldıkları saptanmıştır (54,61).

Gebelik bir kadının yaşamındaki en önemli olaylardan birisi olarak biyolojik, fizyolojik ve ruhsal ciddi değişimlerin yaşandığı bir evredir. Gebelerin izleminde, ilgili sağlık personeli genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanmakta; gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece ilgi ve izlem alanının dışında kalmaktadır. Bu durumun nedeni olarak sağlık personelinde gebeliğin ruhsal yönü hakkında eğitim ve bilgi eksikliğinin olması düşünülebilir. Oysa gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını arttıracak

ayrıca kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki iş birliğinin gelişmesini sağlayacaktır. Diğer önemli bir konu gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesidir. Bu bilgilendirme, ancak konu hakkında eğitim ve bilgi sahibi sağlık personeli ile sağlanabilir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisinde olanak sağlayacaktır (36).

1.9.21. GEBELİK VE KİLO ALIMI

Normal ağırlığı olan bir kadında olağan koşullarda gebelik süresince vücut ağırlığında 13 kg'lık bir artış olmaktadır. Artan ağırlığın 6 kg'ı fetus ve uterusa, 3 kg'ı vücut sıvılarına, 4 kg'ı yağ birikimine aittir. Yetersiz veya fazla ağırlık artışı gebeliğe ait bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir (64).

Dengeli ve sağlıklı beslenme sağlıklı çocuk sahibi olabilmek için çok önemlidir. Gebelik öncesi dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edinilmesi ve bunların gebelik süresince devam ettirilmesi çok önemlidir. Düzenli beslenme alışkanlığı anne adayına, ailesine ve gelişecek bebeğin sağlığına katkıda bulunur. Gebelik, insan yaşamında beslenmenin en önemli devrelerden biridir. Gebelik dönemindeki beslenme şekli, anne ve doğacak bebeğin sağlığını büyük ölçüde etkiler (30,56). Bu gerçek, halk arasında gebe annenin, iki kişilik yemesi gerektiği fikrini doğurmuştur. Oysa gebelikte fazla beslenme de, yetersiz beslenme kadar anne ve bebek sağlığına zarar verir (56).

Institute of Medicine 1990 yılında, gebe kadınlarda kilo alımı konusunda aşağıdaki önerilerde bulunmuştur. Ağırlığı normal olgularda, yani Beden Kitle İndeksi (BKİ, Body Mass Index: BMI)

BMI: 18.5-24.9 kg/m²arası: 11.25-15.75 kg.

BMI: 25-29.9 kg/m² arası: 6.75-11.25 kg.

BMI: 30 kg/m² üzeri: 6.75 kg altında kilo almalarına izin verilmelidir. Önerilen bu kilo artışları, doğumdan sonra obesiteye neden olmamaktadır. Bu değerler üzerindeki kilo artışları ise doğum sonrası kilo artışına yol açmaktadır (Yamaç 2002). Normalden zayıf kadınlarda ise perinatal mortalite hızı artmaktadır (30,45) .

Gebelik boyunca ağırlığın artış hızı da önemlidir. Normal gebelerde ilk trimestrde ayda 1.35-2.25 kg, daha sonra haftada 0.45-0.9 kg kilo artışı önerilmelidir (25,64). Gebelik öncesi dönemden itibaren;

- Temel besin gruplarının hepsinden düzenli olarak her gün alınmasına
- Günde 3 öğün yemek yenmesine
- Kalsiyum, demir, folik asit gibi önemli vitamin ve mineralleri içeren besinlerden yeterli miktarda alınmasına dikkat edilmesi gerekir (56).

1.9.22. GEBELİK VE TOKSOPLAZMA

Gebelik sırasında hastalığın prevalansının düşük olması, kesin olmayan ve yüksek maliyetli tarama ve tedavinin olması, teratojenitesi nedeniyle evrensel tarama önerilmemektedir (49). İlk trimester enfeksiyonu ile fetuslerin ancak %10'unda konjenital toksoplazmozis gelişir. Nörolojik bozukluklar, mental retardasyon, mikrosefali yada hidrosefali ve düşük doğum ağırlığı, karşılaşılabilen bulgulardır (64).

Günümüzde gebelikte kedi pisliğinden çok kontamine etin ellenmesi yoluyla edinilen bu hastalığın önlenmesinde çabalar hastaların eğitilmesine yöneltilmelidir (49).

1.9.23. PRENATAL SINIFLAR

Gebelik ve doğum tüm kültürlerde, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilen bir olay olmakla birlikte, gebeliğe ve aileye yeni giren bireye alışmak ebeveynler için kolay değildir. Çiftlerin anne baba olmaları ile ilgili endişeleriyle baş edebilmelerinin en güzel yolu gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kendi bakım sorumluluğunu almalarını sağlamaktır. Bu durum onların gebelik ve doğumla ilgili kararların çoğuna katılmalarını sağlar. Bu katılım sayesinde uzun ve zor bir dönem olan gebeliğin daha kolay ve anlamlı bir şekilde atlatılmasına yardımcı olur (56).

Doğuma hazırlık Sınıfları gebeliğin erken ve geç dönem hazırlık sınıfları olarak iki aşamada organize edilir. Erken dönem, konsepsiyon öncesini ve ilk trimestiri, geç dönem ise, ikinci ve üçüncü trimestiri kapsar (56).

Doğum öncesi bakımın yeniden organizasyonu, hem birey hem de toplum için kapsamlı, esnek, coğrafi olarak ulaşılabilir, ekonomik olarak ödenebilir nitelikte olmalıdır. En önemlisi de, sadece bakım verenle için değil, gebeler tarafından da kabul edilebilir olmalıdır (62).

Gebelik, doğum ve bu süreçlerle baş etme yöntemlerini içeren eğitimle beraber erken doğum belirti ve işaretleri, ebeveyn olma, büyüme ve gelişme, emzirme, aile planlaması ve çocuk bakımı hizmetleri hakkında eğitim verilmelidir. Bu hizmetlerin çoğu, antenatal sınıflarda verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu sınıflar olup, eğitim içerikleri, hizmet verdikleri gruba göre farklılıklar göstermektedir (gebelik öncesi sınıflar, erken gebelik sınıfları, egzersiz sınıfları, doğuma hazırlık sınıfları, sezaryen sınıfları, emzirme sınıfları, ebeveynlik sınıfı, v.b.) (62).

1.9.24. GEBELİK VE BESLENME

Son 10 yılda gebelikte uygun ve dengeli beslenmenin perinatal sonuçları olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Annenin sağlık durumunun yanı sıra beslenmesi de fetusun büyüme ve gelişmesini etkilemektedir. Gebelik sırasında yetersiz beslenme fetus gelişimini geciktirmekte ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırmaktadır. Gebelikte beslenme özellikle beslenme riskleri olan olgularda önemlidir. Beslenmede risk oluşturan faktörler sırası ile adölesan olmak, anemi bulunması, gebelik öncesi anormal kilo, çok sayıda gebelik, hastalık, sigara içme, alkol alışkanlığıdır. Yine gebelik sırasında beslenmeyi etkileyen bulantı, kusma, pika, laktoz intoleransı gibi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (64).

Her gebelik anne vücudundaki besin depolarının tükenmesine neden olur. Sık doğum yanında yetersiz ve dengesiz beslenme anne ve fetusun sağlığı üzerinde çeşitli bozukluklara yol açar (56).

Doğum öncesi dönemde beyin gelişimini etkileyen besin ögelerinin başlıcaları; iyot, demir, çinko, folik asit, B-12, B-6, E ve A vitaminleri ve elzem yağ asitleridir. Kadınların gebelik öncesi ve sırasında bu besin ögelerini yeterince alamamaları çocuğun beyin özürlü olarak doğma riskini artırmaktadır (11).

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık yaşındaki kadınların %63'ünde beslenme yetersizliği nedeniyle anemi görülürken, gelişmiş ülkelerde bu oranın %10 olduğu bildirilmektedir (35).

Ülkemizde gebe kadınların yaklaşık %50'sinde demir eksikliği anemisi olduğu bilinmektedir. Kronik kötü beslenme, anemi ve aşırı doğurganlık bir araya geldiğinde, anne ve bebek sağlığı ciddi biçimde etkilenir (56).

Sadece demir, folik asit ve D vitamini gereksinimi gebelik öncesine göre %100 artış göstermektedir. Enerji gereksinimi artışı yaklaşık %18, protein artışı %20-25 dolayındadır. Kalsiyum, fosfor, tiamin, B_6 vitamini gereksinimleri %33-

50, çinko ve riboflavin gereksinimleri %20-25, selenyum, iyot, magnezyum, niasin, A, B_{12} ve C vitamini gereksinimleri %18 oranında artmıştır (64).

Vejetaryenler, gebelikte günlük besin gereksinimini muhtemelen karşılarlar; ama süt veya yumurtayı da içeren majör kısıtlamalar varsa demir, folat, vitamin B_{12} ve çinko desteği gerekir (12).

Üçüncü trimester ve laktasyonda gerekli enerjiyi sağlamak için gerekli yağ depolanması, gebeliğin ortasında maksimum olmaktadır. İkinci trimestrde annenin kan volümü meme ve utarus ile yağ dokusu artmaktadır. Üçüncü trimestrdeki kilo artımından fetus büyünıesi, plasenta ve amnion sıvısındaki artış ve anne ödemi sorumludur. Fetus ağırlığına anne beslenmesinin etkisi 3.trimestrde daha önemlidir (64).

Tüm kadınlar gebe kalmadan önce ideal kilolarına yakın bir kiloya getirilmeli ayrıca dengeli ve yeterli beslenme yanı sıra gebelikte uygun kilo alımı sağlanmalı ve gerekli olgularda ek vitamin ile mineral desteği açısından eğitilmelidir (64). İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların %81.2'sinin gebelikte beslenme sorunu yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %33.2'sinin düzenli beslenmedikleri ve öğün sayılarında herhangi bir artış yapmadıkları belirlenmiştir (29).

Gebelikte fazla kilo alma anne ve fetusta olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Gebelikte fazla kilo artışının neden olduğu sorunlar;

- Makrozomi sıklığında artma
- Uzun ve zor doğum
- Uzamış gebelik
- Fetusta kalp anomalisi
- Mekonyumlu bebek
- Operasyonla doğum

- Postpartum hemoraji
- Fetuste travma
- Yenidoğan resüsitasyonu
- Annede Dibetus Mellitus
- Hipertansiyon (26).

Gebelikte yetersiz kilo alımı anne ve fetusta olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Gebelikte yetersiz kilo alımının neden olduğu sorunlar;

- Perinatal mortalite artışı
- Erken doğum
- Düşük doğum ağırlıklı bebek'tir (26).

a. Vitamin Ve Prenatal Multivitamin Kullanımı

Gebelik sırasında artmış vitamin ihtiyacı yeterli kalori ve protein içeren genel bir diet ile karşılanabilir (64). Gebelik süresince özellikle hücre bölünmesi ve yapımında etkin vitaminlere gereksinim artmaktadır (31).

A vitamini, annenin ve bebeğin tüm vücut dokularının ve hücrelerinin sağlığına, büyümesine katkıda bulunur. Eğer gebelik süresince gebenin diyetine yeterli kalori eklenmiş ve gebe dengeli besleniyor ise bu diyet yeteri miktarda A vitamini sağlıyor denilebilir. B grubu vitaminlerin çoğu günlük yapılan 300 Kcal'lik ekleme ile karşılanmaktadır. Gebe eğer yeterli, dengeli besleniyor ve hayvansal gıdaları (et, yumurta, süt, peynir vb) yeterince alıyor ise B_{12} eksikliği görülmez. Gebelikte C vitamini gereksinimi de biraz artar, ancak günlük alınacak olan bir su bardağı kadar taze sıkılmış portakal suyu bile bu gereksinimi karşılayacak düzeydedir. D vitamini özellikle gebelikte gereksinimi artan kalsiyumun emilimine yardımcı olur. Artan kalsiyum ihtiyacına bağlı olarak D vitamini ihtiyacı da artar. Bu nedenle gebelerde D vitamini desteğine ihtiyaç vardır.

Özellikle süt ve ürünlerini yeterince alamayan gebeler, ciltleri güneş ışığı ile yeterince temas etmeyenler ve kış gebeleri D vitamini içeren suplemanlara ihtiyaç duyabilirler (31).

Birden fazla gebelik yaşayanlar, tütün yada kimyasal madde kullananlar, tam vejetaryenler ve danışmanlığa rağmen diyetleri yetersiz olan kadınlar için multivitamin takviyesi önerilmektedir (49).

Minerallerden sadece demir takviyesinin gebe kadında yararı kesindir (64). İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %46,5'i gebeliklerinde vitamin ve/ya da mineral aldığı belirlenmiştir (29).

b. Kalsiyum Alımı

Gebelik esnasında barsaktan kalsiyum emilimi artar (25). Gebe kadınların günlük kalsiyum ihtiyacı ortalama 1000 mg/gün'dür, adölesan gebelerde bu gereksinim 1300 mg/gün düzeyine çıkar. Günlük tüketilen süt veya yoğurt miktarı 600 gr. civarına çıkarılır ve günde 50-60 gr da peynir tüketilir ise yeterince kalsiyum alınmış olur (31).

Gebe kadınlar için kalsiyum takviyesi, vejetaryen veya diyetle yeterince kalsiyum alamayan 25 yaş altı gebelere önerilmektedir. Düşük alım anne için kemik kütlesinde azalmaya yol açabilir, ama fetusu etkilediğine ilişkin bir bilgi yoktur (31,49).

c. Meyve Tüketimi

Annenin ve fetusun gereksinimi olan vitamin ve mineralleri içerdiğinden, annenin barsak etkinliklerini uyararak konstipasyonu engellediğinden, gerekli vitamin ihtiyacını karşıladığından mutlaka alınmalıdır (40).

d. Folik Asit Alımı

Bebek sahibi olmayı planlayan bütün kadınlara , bebek sahibi olma denemesine başlamaya karar verdiği tarihten, gebeliğin 12. haftasına kadar günde 0.4-0.6 mg folik asit almalarını önermektedir. Bu uygulama, spina bifida ve başka nöral tüp kusurlarının oluşum riskinin azaltılmasında önemlidir. Vücutta depolanmadığı ve gebelik süresince normalden fazlasına gerek duyulduğu için her gün alınmalıdır. Gebelikte ve öncesinde, folik asitten zengin sebzeler (özellikle; brokoli, brüksel lahanası, lahana, bezelye, tere), meyveler (özellikle; portakal ve taze portakal suyu), ekmek ve tahıl, patates, bakliyat ve et ürünleri (özellikle karaciğer) tüketilmelidir. Fetusun etkilenmiş olduğu belirlenirse günlük 5 mg folik asit alımı doktoru tarafından önerilebilir (31,40,42).

1.9.25. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Geçerlik, bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığımız kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargıladığımız özelliktir. İçerik (kapsam) geçerliliği, bir testin bu testle ölçülmek istenen davranışları ne derece kapsadığıdır. Daha açık bir anlatımla içerik geçerliliği, bütünün ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacı ile yapılır (6,7). İçerik geçerliliğini sağlamak için yaygın şekilde iki yol izlenmektedir. Bunlardan birisi "uzman kişiye danışmak"tır. Burada sözü edilen kişi, testin hazırlandığı bilim dalını iyi bilen kişidir. Uzmanların ölçeğe Content Validity Indeks (CVI) kullanılarak her bir maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak 1=Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerek; 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor; 4=Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birini

işaretlemektedirler (6,7).

Güvenirlik bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesidir. Diğer bir deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır, ölçüm yanılgılarının olmaması anlamını taşır (6).

Güvenirlik, hesaplanmış bir korelasyon katsayısı (r) ile belirlenir ve "0" ile "1" arasında değişen değerler alır. Değer bir (1.00)'e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin kusursuzluk derecesini özetler (6,33).

Zamana karşı değişmezlik ölçütü, her hangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (6,33).

Testin tekrar yönteminde iki farklı yol izlenir.

1) Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Buna "aralıksız yöntem" denir.

2) İki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı içinde iki kez uygulanır. Buna da "aralıklı yöntem" denir. Güvenirliği bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlemle elde edilen korelasyon testin tekrar güvenirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliğin bulunmasında genelde "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği" kullanılmaktadır (6,33). Korelasyon katsayısı (r) "0" ile "1" arasında değişen değerler alır. Korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla değişme olmadığını gösterir (6).

İki yarı test güvenirliğinde, test iki yarıya ayrılmaktadır. Testin bu iki yarısı

ayrı ayrı puanlanmakta ve bireylerin iki yarıdan aldıkları puan arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Testi yarılama yönteminde test iki eşit parçaya bölmede "random" "testin birinci yarısı ile ikinci yarısı" yada "tek ve çift numaralı sorular" gibi üç yöntem kullanılmaktadır (6).

Ölçek iç tutarlığı için Pearson Momenter Korelasyon Katsayısı hesaplanmaktadır. Madde toplam korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. r değerinin 0.20 olması minimum etkililik derecesi olarak kabul edilmektedir (6,33).

Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır (6,7,33).

Güvenirlik katsayıları olabildiğince 1'e yakın olmalıdır. Alpha katsayısının 0.70 – 0.80 olması aracın araştırmada kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir. Alpha katsayısı;

- $0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek düşük güvenirliktedir.
- $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (6,7,33).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, gebelikteki sağlık uygulamalarını ölçmek amacıyla kullanılan "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin" Türk toplumuna uyarlanarak gebeler üzerinde geçerlik ve güvenirliğini test etmek ve gebelerde sağlık uygulamasına etki eden faktörleri belirlemek amacı ile metodolojik, kesitsel ve analitik olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

– Örnekleme alınan gebelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen " Birey Tanıtım Formu" (Ek I) ve

– "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği"nden yararlanılmıştır (Ek II).

2.2.1 Veri Toplama Araçları

2.2.1.1. Birey Tanıtım Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Birey Tanıtım Formu (Ek I) kullanılmıştır. Birey Tanıtım Formu, gebelerin sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerini, eşinin sosyo-demografik özelliklerini, en çok yaşadığı yeri, sosyal güvencesini, aile tipini (çekirdek, geniş…), gelir durumunu, gebelik bilgilerini, boyu ve gebe kalmadan önceki kilosunu, prenatal bakım ile ilgili durumunu, eşinin ev işlerinde yardımcı olma durumunu, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsünü ve bu durumda yaptığı uygulamayı içeren 22 sorudan oluşmuştur (14, 54, 61).

2.2.1.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ, Health Practice Questionnaire-II-HPQ-II), gebelik sonuçlarıyla ilgili sağlık uygulamalarını gebelik süresince değerlendirmek amacıyla, Kelly Lindgreen tarafından geliştirilmiş, 2005 yılında Journal of Obstetric And Gynecology'de yayınlamıştır. HPQ oluşturulurken, uygulamalara ait gebelik sonucunu etkileyen deneysel literatür temel alınmıştır**.** Lindgreen, ilk önce 28 maddelik HPQ'yu oluşturmuştur. HPQ'nun içerik geçerliği, klinik hemşireleri, hemşire araştırmacılar, hamile ve postpartum kadınları içeren 12 uzman tarafından gözden geçirilmiştir. HPQ'daki yetersizlik, eksiklik ve düşük alfa güvenirlik katsayısı (0.74) nedeniyle bu ölçeği geliştirip, HPQ-II'yi oluşturmuştur. HPQ, sekiz uzman tarafından düzeltilmiştir. Bu uzmanlardan üçü doktora, beşi yüksek lisansını tamamlamış ve üçü hastanede, biri eğitimci olarak çalışmaktadır. Uzmanlar, okunabilirlik, bütünlük, anlaşılırlık ve ayırıcı olama özelliği açısından maddeleri sorgulamış ve değişikliklerle ilgili önerilerde bulunmuşlardır. Uzmanlar, maddelere ekleme önerilerinde bulunmuş ve kelime değişikliği tavsiye etmişlerdir. Bu önerilerin temelinde, altı madde gösterilmiştir: duş alma, toksoplazma, sıcak su torbası ya da sıcak banyodan kaçınma, toksinlere maruz kalmayı sınırlama, gebelik ve çocuk doğurmayla ilgili aile ve arkadaşlarından bilgi edinme ve sıvı alma miktarı eklenmiştir. Sonuçta hiçbir madde silinmemiş, buna karşın bazı maddeler anlaşılırlık açısından düzeltilmiştir. Böylece HPQ, 34 maddelik HPQ-II olarak düzeltilmiştir. Uygulama sonrası HPQ-II'nin Cronbach Alapha değeri 0.81 olarak bulunmuştur (39).

HPQ-II, 34 maddelik bir ölçek olup sağlık uygulamalarının yeterliğini altı alanda ölçer. Bu alanlar; dinlenme ve egzersizi karşılaştırmak, güvenliği ölçmek,

beslenme, zararlı maddeleri kullanmaktan kaçınmak, sağlık bakımı almak ve bilgi edinmeyi içermektedir. Buna ek olarak, bir madde tüm gebelikteki sağlık uygulamalarını tanımlamaktadır (39).

HPQ-II, 34 maddelik bir ölçektir. Ölçekteki 1. ile17. maddeler arası "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen 5'li likert tipi yanıt seçeneklerini içermektedir. Hiçbir zaman (a)= 1 puan, Nadiren (b)= 2 puan, Ara sıra (c)= 3 puan, Sık sık (d)= 4 puan ve Her zaman (e)= 5 puan olarak hesaplanmaktadır; 18. maddeden 34. maddeye kadar sorular için uygun seçenekler verilmiştir ve bu seçenekler de 5 adet olup, 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Bazı madde puanları ters kodlanmaktadır. Bunlar; 6, 7, 8, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33 ve 34. maddelerdir. Bu madde puanları 5'ten 1'e ters kodlanmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan alma, gebeliğe önemli getirisi olan yüksek kalitede sağlık davranışını ifade etmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170 arasında değişmektedir (39).

2.2.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar

Araştırmada, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına yönelik olarak aşağıda maddeler halinde verilen yöntemler kullanılmıştır.

Geçerlilik Çalışmasına Yönelik Olarak;

a) Dil Geçerliği

b) İçerik Geçerliği (Uzman Görüşü) (Kendall Uyuşum Katsayısı)

Güvenirlik Çalışmasına Yönelik Olarak;

a) Zamana karşı değişmezlik (Stabilite / Test-Tekrar Test Güvenirliği)

b) İki Yarım Test Güvenirliği yöntemleri kullanılmıştır

c) İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı,

d) Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı.

2.2.2.1. Geçerlilik Çalışmaları

Araştırmanın geçerlik çalışmalarına yönelik olarak aşağıda belirtilen çalışmalar yapılmıştır.

a) Dil Geçerliliği

Araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından çeviri yapıldıktan sonra iki dili (İngilizce/Türkçe) iyi bilen, bir mütercim tercüman / E.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi, Amerikan Dili ve Edebiyatı'nda görev yapan bir öğretim elemanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu ve E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu'nda görev yapan ve her iki dili de iyi bilen dört öğretim üyesine ölçeğin İngilizce'den/Türkçe'ye çevirisi yaptırılmıştır. Araştırmacı tarafından çevirilerin değerlendirmesi yapılıp ortak bir metin oluşturulmuştur. Oluşturulan bu metnin yeniden İngilizce'ye çevirisi, E.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi, Amerikan Dili ve Edebiyatı'nda görev yapan bir öğretim elemanı tarafından yapılmıştır. Yapılan çeviri çalışmalarından sonra, İngilizce'ye çevrilmiş ölçek fax ve mail yolu ile Kelly Lindgren'e gönderilmiştir.

b) İçerik Geçerliliği

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Türkçe formu içerik geçerliği açısından Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ve Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu'nda Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde uzman üç öğretim üyesine, T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın

Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde çalışan üç hemşireye, aynı hastaneye kontrol için başvuran üç gebe ve üç lohusaya, ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 1-4 puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir.

Değerlendiriciler tarafından "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği" için verdikleri puanların ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek puan değerleri hesaplanmıştır (Tablo 1). Değerlendiricilerin önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Puan ortalaması 2,5'ten küçük olan madde (Madde 6: Gebe kaldığımdan beri marijuana kullanırım) ölçekten çıkarılmıştır.

Değerlendiricilerin verdikleri puanların uyumunu ölçmek için Kendall Uyuşum Katsayısı (W) hesaplanmış ve değerlendiriciler arası uyum önemli bulunmuştur (p=0.000) (Tablo 2).

2.2.2.2. Güvenirlik Çalışmaları

Araştırmada güvenirlik çalışmalarına yönelik olarak aşağıdaki çalışmalar yapılmıştır.

a) Zamana karşı değişmezlik (Stabilite / Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Bunun için GSUÖ, T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Gebe Polikliniği'ne gelen gebelerden 30 kişiye 15 gün ara ile iki kez uygulanmıştır. İlk uygulama gebeler, 1-9 Haziran tarihleri arasında polikliniğe kontrole geldiğinde yapılmıştır. Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden beş gebeye bir sonraki kontrollerinde, 25 gebeye telefon numaraları alınarak 15 gün sonra (16-24 Haziran tarihleri arasında) ölçeğin ikinci uygulaması yapılmıştır. Gebeler ile telefon görüşmesi ortalama 20dk sürmüştür.

Uygulama sonucu hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Tablo 3'te gösterilmiştir.

b) İki Yarı Test Güvenirliği

Araştırmada ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayısını elde etmek için Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı ölçeğin ilk ve son yarısı, Spearman-Brown Güvenirlik Katsayısı tek ve çift numaralar şeklinde ayrılarak, her iki yarı için ayrı ayrı Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 4).

c) Ölçeğin İç Tutarlılık (Madde Toplam Puan Korelasyonları) Güvenirliği

Araştırmada kullanılan Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin maddeleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır ve tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Lindgren'in 2004 yılında Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada da madde toplam korelasyonları düşük ($r<0.20$) bulunan maddeler (Madde:6,10,11,13,22,23), gebeliğe önemli getirileri olan maddeler olduğu düşünüldüğü için çıkarılmamıştır (39). Bu çalışmada, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ne yönelik olarak uygulamada bazı maddelerin toplam madde korelasyonu 0.20'nin altında (Madde:6,7,8,11,12,17,21,22,23,24,25,26,30,31) bulunmuştur. Lindgren'in çalışmasındaki gibi bu maddeler gebeliğe önemli getirileri olan maddeler olduğu ve ölçeğin bütününden elde edilen Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı yeterli derecede yüksek (0.81) olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmamıştır.

d) Ölçeğin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

GSUÖ Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmış ve Tablo 6'da gösterilmiştir.

1.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 1 Haziran - 30 Haziran 2006 tarihleri arasında, T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Gebe Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırma ön çalışma tamamlandıktan ve izinler alındıktan sonra mesai saatleri içinde yürütülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ilk defa 8 Haziran 1976 tarihinde İzmir Çocuk Hastalıkları Hastanesi bahçesinde 50 yatak kapasiteli olarak hizmete açılmış, daha sonra kapasitesi 75 yatağa çıkarılmış ve 1985 yılına kadar orada hizmet vermiştir. Daha sonra Konak'taki eski Devlet Hastanesi binasına taşınmış 2 Mart 1985 tarihinde 300 yatak kapasitesi olarak faaliyete geçmiştir. Hastane 130 ebe-hemşire ile hizmet vermektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi 1969 yılında kurulmuştur. 317 yataklı olup, 68 uzman hekim, 16 pratisyen hekim, 76 hemşire ve 119 ebe ile hizmet vermektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, veri toplama sürecinde T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'ne kontrol için başvuran 1834 gebe ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrol için başvuran 3788 gebe oluşturmuştur.

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemine, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin madde sayısı olan 33'ün 10 katı olacak sayıda 330 gebe alınmıştır.

T.C. S.B. İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe polikliniğine kontrole gelen, rasgele seçilen 165 gebe ve T.C. S.B. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi gebe polikliniğine kontrole gelen, rasgele seçilen 165 gebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- En az 18 yaşında olan,
- En az ilkokul mezunu olan / okuma yazma bilen,
- Psikolojik tedavi görmeyen,
- Çoğul gebeliği olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Gebelikte herhangi bir komplikasyonu olmayan kadınlar alınmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişken: Araştırmaya katılan gebelerin, Gebelikteki Sağlık Uygulamaları puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin, yaş grupları, eğitim durumları, medeni durumları, evlilik yılları, meslekleri, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, en çok yaşadıkları yerleşim bölgeleri, sosyal güvencesi, aile tipleri (çekirdek, geniş,…), gelir durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası, gebeliği planlama durumu, gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKI), gebeliği boyunca kontrole gitme sayısı, sağlık ocağından ebe/hemşirenin ziyarete gelme sayısı, eşinin ev işlerinde yardım etme durumu, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve bu durumda yaptıkları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırma, prenatal izlem için belirlenen merkezlere gelen gebelere uygulanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılacak olan Birey Tanıtım Formu ve gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gebelerin kendisi tarafından doldurulmuştur.

Birey Tanıtım Formu'nun doldurulması ortalama 5-10 dakika ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin doldurulması 15-20 dakika olmak üzere veriler toplam 20-30 dakika içinde toplanmıştır. Formlar doldurulduktan sonra gebelere ölçek soruları ile ilgili eğitim broşürü verilmiştir (Ek III). ikinci uygulamada 5 gebeye bir sonraki kontrollerinde , 25 gebeye ise telefon ile görüşülerek test tekrar cevaplamaları sağlanmıştır.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 bilgisayar programı kullanılmıştır.

Ölçeğin geçerliğine yönelik olarak, değerlendiricilerin verdikleri puanların ortalama, standart sapma, min.-max değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenirliğine yönelik olarak, madde toplam korelasyon yöntemi, Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı, test-tekrar test korelasyon katsayısı, iki yarı arasındaki korelasyon, eşit iki yarı Spearman Brown güvenirlik katsayısı, Guttman Split-Half güvenirlik katsayısı, 17 maddelik 1. yarı Cronbach Alpha katsayısı, 16 maddelik 2. yarı Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen veriler; sayı, yüzde, student t testi, korelasyon testi, Kruskal-Wallis varyans analizi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ileri analizde "post hoc" çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey HSD ile Tamhane's T2 kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularının analizinde;

1. Gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, aile özellikleri, gebelik/obstetrik özellikleri, eşlerinin ev işlerinde yardımcı olma durumları, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olma durumları sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir.

2. Gebelerin, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları, eğitim düzeyleri, eşlerinin eğitim düzeyleri, sağlık güvence tipleri, gelir durumları, çocuk sayısı, gebelik haftası, gebeliği planlama durumları, gebelik öncesi BKI, gebelik boyunca sağlık kuruluşuna gitme sayıları, sağlık ocağından ebe/hemşire gebeliği süresince ev ziyaretlerine gelme sayısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile Kruskal-Wallis varyans analizi, daha sonra "post hoc" çoklu karşılaştırmalar yöntemlerinden Tukey HSD testi ve Tamhane 2 testi kullanılarak analiz yapılmıştır.

3. Gebelerin, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek puan ortalamaları ile evlilik süreleri, eşlerinin meslekleri, en çok yaşadıkları yer, gebelik sayısı, eşlerinin ev işlerine yardım etme durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile varyans analizi (ANOVA), daha sonra "post hoc" çoklu karşılaştırmalar yöntemlerinden Tukey HSD testi ve Tamhane 2 testi kullanılarak analiz yapılmıştır.

4. Gebelerin, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek puan ortalamaları ile kontrole gittikleri hastane, çalışma durumları, aile tipleri, sağlık güvence durumları, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student t testi) yapılmıştır.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Ekim 2005 – Şubat 2006 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma, 14 Şubat 2006 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmaları Aralık 2005–Mayıs 2006 tarihleri arasında yapılmıştır ve 1 Haziran–30 Haziran 2006 tarihleri arasında veriler toplanmış ve aynı zamanda araştırmacı tarafından kodlamaları yapılmıştır. 1-6 Temmuz 2006 tarihleri arasında istatistiksel analizler yapılmış ve ölçeğin güvenirliği test edilmiştir (Şekil.1).

ŞEKİL. 1: ZAMAN ÇİZELGESİ

TARİH							
Yapılan Çalışmalar	**Ekim 2005 Aralık 2005**	**Ocak 2005**	**Şubat 2006**	**Mart Nisan Mayıs 2006**	**Haziran 2006**	**Temmuz 2006**	**Temmuz 2006**
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi							
Araştırma Deseninin Seçimi							
Tez Önerisi							
Düzeltmelerin Yapılması- İzinlerin Alınması							
Veri Toplama Aşaması							
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi							
Literatür İnceleme							
Tez Yazımı							

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren yazar ile internet aracılığıyla görüşülmüş ve uygulanması için gerekli izin alınmıştır (Ek IV). Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek V). Ölçeğe son şekli verildikten sonra, ölçeği geliştiren yazara faks ve mail yolu ile gönderilmiştir. Çalışmanın yürütülebilmesi için T.C. S.B. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi ve T.C. S.B. İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Başhekimlikleri'nden gerekli izin yazıları alınmıştır (Ek VI). Ayrıca gebelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Uygulama sonrası araştırmaya katılan tüm gebelere eğitim broşürü verilmiştir. Tekrar test uygulanacak gebelere de ilk görüşmede eğitim broşürü verilmiştir.

BÖLÜM III

4. BULGULAR

4.1.GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARI

Tablo 1: Değerlendiricilerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ne Verdikleri Puanların Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Medyan, En Düşük ve En Yüksek Puan Dağılımları

Ölçek Maddeleri	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maximum
MADDE1	3.41	0.90	4.00	1.00	4.00
MADDE2	3.33	0.88	4.00	2.00	4.00
MADDE3	3.50	0.90	4.00	1.00	4.00
MADDE4	3.16	1.11	4.00	1.00	4.00
MADDE5	3.25	1.21	4.00	1.00	4.00
MADDE6	2.25	1.28	2.00	1.00	4.00
MADDE7	2.50	1.44	2.50	1.00	4.00
MADDE8	2.58	1.37	2.50	1.00	4.00
MADDE9	3.66	0.77	4.00	2.00	4.00
MADDE10	4.00	0.00	4.00	4.00	4.00
MADDE11	4.00	0.00	4.00	4.00	4.00
MADDE12	3.41	0.90	4.00	1.00	4.00
MADDE13	3.91	0.28	4.00	3.00	4.00
MADDE14	3.66	0.65	4.00	2.00	4.00
MADDE15	3.58	0.90	4.00	1.00	4.00
MADDE16	3.58	0.79	4.00	2.00	4.00
MADDE17	3.75	0.45	4.00	3.00	4.00
MADDE18	3.83	0.38	4.00	3.00	4.00

MADDE19	3.83	0.38	4.00	3.00	4.00
MADDE20	3.83	0.57	4.00	2.00	4.00
MADDE21	3.66	0.49	4.00	3.00	4.00
MADDE22	2.91	1.37	4.00	1.00	4.00
MADDE23	3.00	1.34	4.00	1.00	4.00
MADDE24	3.00	1.20	3.50	1.00	4.00
MADDE25	3.91	0.28	4.00	3.00	4.00
MADDE26	3.33	1.15	4.00	1.00	4.00
MADDE27	3.66	0.88	4.00	1.00	4.00
MADDE28	4.00	0.00	4.00	4.00	4.00
MADDE29	3.66	0.65	4.00	2.00	4.00
MADDE30	341	0.79	4.00	2.00	4.00
MADDE31	3.83	0.57	4.00	2.00	4.00
MADDE32	3.83	0.57	4.00	2.00	4.00
MADDE33	3.58	0.79	4.00	2.00	4.00
MADDE34	3.83	0.38	4.00	3.00	4.00

Tablo 1'de değerlendiricilerin GSUÖ iç geçerliği için verdikleri puanların ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek puan dağılımları görülmektedir. Yapılan hesaplamalara göre, puan ortalaması 2,5'ten küçük olan madde (Madde 6: Gebe kaldığımdan beri marijuana kullanırım) ölçekten çıkarılmıştır.

Tablo 2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları

N	W	X^2	p
12	**0.340**	**127.057**	**0.000**

Kendall Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi uygulanarak, ölçekteki 34 maddenin içerik geçerliği için 12 değerlendiricinin verdiği puanlara göre yapılan istatistiksel analizde, değerlendiricilerin maddelerin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 2).

Tablo 3: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Sonucu

	N	Ortalama	Ss	r	p
ÖNTEST	30	122.133	13.2215	0.967	0.000
SONTEST	30	121.033	12.8934		

Tablo 3'te GSUÖ'nin güvenirlik çalışmasına yönelik olarak, test-tekrar test güvenirliğini tespit etmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı verilmiştir. Korelasyon katsayısı oldukça yüksek r = 0.967 olarak bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda GSUÖ'nin zamana karşı değişmezlik özelliği yüksektir ve zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeydedir. Yani yapılan test zaman içerisinde farklı sonuçlar vererek tutarsızlık göstermemektedir.

Tablo 4: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği İki Yarı Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

İki yarı arasındaki korelasyon	0.492
Eşit iki yarı Spearman Brown güvenirlik katsayısı	0.659
Gutmann Split-Half güvenirlik katsayısı	0.643
17 maddelik 1. yarı Cronbach Alpha değeri	0.649
16 maddelik 2. yarı Cronbach Alpha değeri	0.595

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği uygulamasında yeterli düzeyde yüksek Guttman Split-Half, Spearman Brown ve Cronbach Alpha Güvenirlik katsayısı elde edilmiştir. Sonuçlara göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin 17 maddelik 1. yarı ve 16 maddelik 2. yarı birbiriyle tutarlıdır ve ayrı ayrı güvenirlikleri yüksektir.

Tablo 5: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Gebelerde Madde Toplam Korelasyon Sonuçları

Maddeler	Madde çıktığında ölçek ortalaması	Madde çıktığında ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonu	Madde çıktığında ölçek alfa değeri
Madde 1	127.5970	146.1137	0.4394	0.7287
Madde 2	127.4879	151.2962	0.2536	0.7394
Madde 3	129.0788	146.2977	0.3235	0.7350
Madde 4	128.4909	137.8920	0.4342	0.7258
Madde 5	128.0455	148.2077	0.2583	0.7398
Madde 6	126.4667	160.4928	0.0064	0.7464
Madde 7	126.5667	158.0639	0.1980	0.7433
Madde 8	129.4697	151.4170	0.1746	0.7457
Madde 9	126.6909	153.8373	0.3450	0.7375
Madde 10	126.7030	153.7170	0.3752	0.7369
Madde 11	126.7485	159.1676	0.0214	0.7495
Madde 12	127.7636	152.0291	0.1562	0.7471
Madde 13	127.3727	150.3804	0.2527	0.7396
Madde14	127.8394	144.0440	0.3731	0.7313
Madde 15	127.6545	143.6432	0.3438	0.7336
Madde 16	126.6242	154.8249	0.3371	0.7386
Madde 17	127.9000	154.5948	0.1854	0.7428
Madde 18	127.1697	148.2568	0.4081	0.7314
Madde 19	127.1030	150.9985	0.3391	0.7355
Madde 20	127.5818	145.8307	0.3762	0.7315
Madde 21	127.0030	158.5197	0.0605	0.7475
Madde 22	126.4848	160.6396	-0.0365	0.7469
Madde 23	126.4697	160.6207	-0.0619	0.7467
Madde 24	127.5576	159.0499	0.0840	0.7458
Madde 25	126.7545	156.8058	0.1917	0.7427
Madde 26	127.9576	158.8918	0.0383	0.7485
Madde 27	128.9606	146.4817	0.3838	0.7314
Madde 28	127.5424	152.2003	0.2434	0.7400
Madde 29	127.3030	149.2392	0.3847	0.7329
Madde 30	127.6424	161.0693	-0.0693	0.7589
Madde 31	127.5273	148.1163	0.3399	0.7342
Madde 32	126.9152	151.2876	1.2666	0.7387
Madde 33	128.3636	146.0619	0.3577	0.7327

N= 330; Madde Sayısı= 33 Cronbach Alpha= 0.74

Tablo 5'te, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin gebelere uygulanması sonucunda ifadelerin madde toplam korelasyon katsayıları gösterilmiştir. Bu çalışmada, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ne yönelik olarak uygulamada 6, 7, 8, 11, 12, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31. maddelerin toplam madde korelasyonu 0.20'nin altında bulunmuştur. Bu maddeler prenatal izlemde sorgulanması gereken maddeler olduğu için ölçekten çıkarılmamıştır.

Tablo 6: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

	N	Madde Sayısı	Puan Ortalaması	Ss	En Düşük	En Yüksek	Cronbach Alpha
GSUÖ	330	33	127.1970	11.8476	91.00	153.00	0.74

Tablo 6'da GSUÖ'nin puan ortalaması, en düşük, en yüksek değeri ve güvenirlik katsayısı verilmiştir. Uygulamada Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı oldukça yüksek olarak bulunmuştur.

3.2. GEBELERİN VE EŞLERİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde gebelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özellikleri açıklanmıştır.

Tablo 7: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama
Yaş Grubu			
18-22	89	27.0	25.475 ± 4.64 (min:18,max:4)
23-27	134	40.6	
28-32	82	24.8	
33-37	21	6.4	
38 yaş ve üstü	4	1.2	
Eğitim durumu			
Okuma yazma biliyor	11	3.3	
İlkokul	167	50.6	
Ortaokul	63	19.1	
Lise ve dengi okul	75	22.7	
Üniversite/Yüksekokul	14	4.3	
Medeni Hal			
Evli	330	100	
Evlilik Yılı			
0-2 yıl	135	40.9	4.90 ± 4.79 (min:0,max:30)
3-5 yıl	81	25.0	
6-8 yıl	47	14.2	
9-11 yıl	37	11.2	
12 yıl ve üzeri	30	9.1	
Çalışma durumu			
Çalışan	63	19.1	
Çalışmayan	267	80.9	
Meslek			
Ev hanımı	267	80.9	
Memur	4	1.2	
İşçi	52	15.8	
Serbest meslek	7	2.1	

Sosyal güvence durumu			
Var	304	92.1	
Yok	26	7.9	
Sosyal güvence kurumu			
Emekli Sandığı	1	0.3	
SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)	267	80.9	
Bağ- Kur	15	4.5	
Yeşil Kart	21	6.4	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	266	80.6	
Geniş aile	64	19.4	
Ailenin gelir durumu			
Geliri giderinden az	100	30.3	
Geliri gidere denk	267	65.8	
Gelir giderden fazla	13	3.9	
En uzun süre yaşadığı yer			
Büyük şehir	123	37.3	
İl (şehir)	111	33.6	
İlçe	36	10.9	
Köy	60	18.2	
Beden Kitle İndeksi (BKI)			
Normal (18.5-24.9)	261	79.1	22.235 ± 3.466
Hafif şişman (25.0-29.9)	56	17.0	
Obes (30-39.9)	13	3.9	
TOPLAM	**330**	**100.0**	

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %27.0'sinin 18-22 yaş grubu olduğu, %40.6'sının 23-27, %24.8'inin 28-32, %6.4'ünün 33-37, %1.2'sinin 38 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 7). Gebelerin yaş ortalaması 25.475 ± 4.641 (min:18, max:41) olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, gebelerin %3.3'ünü okuma yazma bilenler oluştururken, gebelerin %50.6'sının ilkokul, %19.1'inin ortaokul, %22.7'sinin lise ve dengi okul, %4.3'ünün üniversite/yüksekokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, tamamının (%100.0) medeni durumları, evli olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %40.9'unu 0-2 yıllık evli olanlar oluştururken, gebelerin %25.0'i 3-5 yıllık, %14.2'si 6-8 yıllık, %11.2'si 9-11 yıllık, %9.1'i 12 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik yılı ortalaması 4.90 ± 4.79 (min:0, max:30) olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %80.9'unun ev hanımı olduğu, %19.1'inin ise her hangi bir işte çalıştıkları saptanmıştır. (Çalışan gebelerin %1.2'sinin memur olduğu, %15.8'inin işçi, %2.1'inin serbest mesleğe sahip olduğu belirlenmiştir) (Tablo 7).

Gebelerin %92.1'inin her hangi bir sosyal güvencelerinin olduğu, %7.9'unun ise sosyal güvencelerinin olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan gebelerin, %0.3'ünün Emekli Sandığı, %80.9'unun SSK (Sosyal Sigorta Kurumu), % 4.5'inin Bağ- Kur, %6.4'ünün ise Yeşil Karta bağlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Gebelerin aile tipine göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %80.6'sının çekirdek aile, %19.4'ünün ise geniş ailede yer aldığı saptanmıştır. Gebelerden parçalanmış aileye sahip olan bulunmamaktadır (%0.0) (Tablo 7).

Tablo 7'de, gebelerin ailelerinin gelir durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %30.3'ünün gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %65.8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %3.9'unun ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır.

Gebelerin, %37.3'ünün en uzun süre büyük şehir, %33.6'sının il (şehir), %10.9'unun ilçe ve %18.2'sinin ise köyde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Gebelerin %79.1'inin gebelik öncesi dönemde normal sınırda BKI'ne sahip olduğu, %17.0'sinin Hafif Şişman, %3.9'unun Obes sınırları içerisinde BKI'ne sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin BKI ortalaması 22.235 ± 3.466 olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Eşlerin Tanımlayıcı Özellikleri	Sayı	Yüzde
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma biliyor /ilkokul	123	37.3
Ortaokul	81	24.6
Lise ve dengi okul	111	33.6
Üniversite /Yüksekokul	15	4.5
Eşin Mesleği		
İşsiz	5	1.5
Memur	16	4.9
İşçi	230	69.7
Serbest Meslek	79	23.9
TOPLAM	**330**	**100.0**

Gebelerin eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, eşlerin %37.3'ünün okuma yazma bilenler ile ilkokul düzeyinde eğitim alanlar oluştururken, eşlerin %24.6'sının ortaokul, %33.6'sının lise ve dengi okul, %4.5'inin ise üniversite/yüksekokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 8).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin %1.5'inin işsiz olduğu, eşlerin %4.9'unun memur, %69.7'sinin işçi ve %23.9'unun serbest meslek grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları

Gebelerin Doğurganlık Özellikleri	Sayı	Yüzde	Ortalama
Önceki Gebelik Özellikleri			
Gebelik Sayısı			
1.gebelik	142	43.0	
2.gebelik	129	39.1	1.812 ± 0.899
3. gebelik	45	13.7	(min:1, max:5↑)
4. gebelik	7	2.1	
5 ve üzeri gebelik	7	2.1	
Yaşayan Çocuk Sayısı			
Hiç çocuğu olmayan	158	47.9	
1 çocuk	134	40.6	0.666 ± 0.774
2 çocuk	31	9.4	(min:0, max:5↑)
3 çocuk	5	1.5	
4 çocuk	1	0.3	
5 çocuk ve üzeri	1	0.3	
Şimdiki Gebelik Özellikleri			
Gebe Kalmayı Planlama Durumu			
İstemeden	24	7.3	
İsteyerek	254	77.0	
İstemeden ama şimdi isteyen	52	15.7	
Gebelik Haftası			
1-12 hafta	18	5.5	29.445 ± 9.241
13-24 hafta	84	25.4	(min:3, max:40)
25-40 hafta	228	69.1	
Gebelerin Kontrole Gitme Sayısı			
1 kez	12	3.6	
2 kez	32	9.7	4.221 ± 1.181
3 kez	33	10.0	(min:1, max:5↑)
4 kez	47	14.3	
5 kez ve üzeri	206	62.4	

Gebelikte Ebe/Hemşirenin Ev Ziyaretine Gelme Sayısı			
Hiç Gelmeyen	222	67.3	
1 kez	73	22.1	0.560 ± 1.079
2 kez	16	4.9	(min:0, max:5↑)
3 kez	5	1.5	
4 kez	5	1.5	
5 kez ve üzeri gelen	9	2.7	
TOPLAM	**330**	**100.0**	

Gebelerin gebelik sayısına göre dağılımına bakıldığında, gebelerin %43.0'ünün 1. gebeliği, %39.1'inin 2. gebeliği olduğu, % 13.7'sinin 3. gebeliği olduğu, %2.1'inin 4. gebeliği olduğu, %2.1'inin 5 ve üzeri gebeliği olduğu belirlenmiştir. Ortalama gebelik sayısı; 1.812 ± 0.899 (min:1, max:5) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %47.9'unun hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %40.6'sının 1 yaşayan çocuğu olduğu, %9.4'ünün 2 yaşayan çocuğu olduğu, %1.5'inin 3 yaşayan çocuğu olduğu, %0.3'ünün 4 yaşayan çocuğu olduğu, %0.3'ünün 5 yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır. Ortalama çocuk sayısı; 0.666 ± 0.774 (min:0, max:5) olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %77.0'sinin isteyerek, %7.3'ünün istemeden, %15.7'sinin istemeden gebe kaldığı ama şu an gebeliği istediği saptanmıştır (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %5.5'inin 1-12 haftalık gebe olduğu, %25.4'ünün 13-24 haftalık gebe olduğu, %69.1'inin 25-40 haftalık gebe olduğu saptanmıştır. Ortalama gebelik süresi 29.445 ± 9.241 (min:3, max:40) haftalık gebe olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %3.6'sının 1 kez kontrole gittiği, %9.7'sinin 2 kez, %10.0'unun 3 kez, %14.2'sinin 4 kez, %62.4'ünün 5 kez ve üzerinde kontrole gittikleri saptanmıştır. Ortalama kontrole gitme sayısı, 4.221 ± 1.181 (min:1, max:5) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Gebelerin, gebelikleri süresince sağlık ocağından ebe/hemşirenin ziyarete gelme durumuna bakıldığında, %67.3'ünü hiç ziyarete gelmediği, %22.1'ini 1 kez, %4.9'unu 2 kez, %1.5'ini 3 kez, %1.5'ini 4 kez ve %2.7'sini 5 kez ve üzeri ziyarete geldiği saptanmıştır. Sağlık ocağından ebe/hemşirenin ziyarete gelme sayı ortalamasına bakıldığında 0.560 ± 1.079 (min:0,max:5) olarak saptanmıştır(Tablo 9).

Tablo 10: Gebelerin Eşlerinin Ev İşlerinde Yardımcı Olma Durumlarına Göre Dağılımları

Ev İşlerinde Yardımcı Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Çok yardımcı olan	102	30.9
Orta derecede yardımcı olan	116	35.2
Az yardımcı olan	72	21.8
Hiç yardımcı olmayan	40	12.1
TOPLAM	**330**	**100.0**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumlarına bakıldığında, %30.9'unun çok yardımcı olduğu, %35.2'sinin orta derecede yardımcı olduğu, %21.8'inin az yardımcı olduğu, %12.1'inin hiç yardımcı olmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11: Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık (CYBH) Öyküsü Olma Durumlarına Göre Dağılımları

CYBH Öyküsü	Sayı	Yüzde
Var	32	9.7
Yok	298	90.3
CYBH Varlığında Yaptığı Uygulama		
Doktora gidip tedavi olma	32	100.0
TOPLAM	**330**	**100.0**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %9.7'sinin CYBH öyküsü olduğu, %90.3'ünün CYBH öyküsü olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Gebelerden CYBH öyküsü olanların tamamının (%100.0), doktora gidip tedavi olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

3.3. GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 12: Gebelerin Kontrole Gittikleri Hastaneye Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kontrole Gittikleri Hastane	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
S.B. Ege Doğ. Evi ve Kadın Hast. Eğ. Has.	165	124.127	12.091	- 4.866	0.000
S.B. Dr. E.H. Üstündağ Kadın Hast. ve Doğ. Has.	165	130.266	10.790		

Tablo 12'de gebelerin kontrole gittikleri hastaneye göre GSUÖ puan ortalamaları görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin, GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan student t testinde α=0.001 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamaları (130.266±10.790), Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamalarına (124.127 ± 12.091), göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 13: Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin Yaş Grubu	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
18-22 yaş	89	126.719	11.776	2.061	0.086
23-27 yaş	134	128.492	11.621		
28-32 yaş	82	126.768	11.121		
33-37 yaş	21	121.381	14.551		
38 yaş ve üstü	4	133.750	14.338		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (Tablo 13).

Tablo 14: Gebelerin Eğitim Düzeylerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin Eğitim Düzeyleri	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Okuma-yazma bilen	11	123.454	9.953	5.846	0.000
İlkokul	167	124.844	12.381		
Ortaokul	63	127.523	12.017		
Lise ve dengi okul	75	131.400	9.406		
Üniversite/Y.Ok	14	134.214	9.374		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Tablo 14'te görüldüğü gibi gebelerin eğitim düzeyi arttıkça GSUÖ puan ortalamaları da artmaktadır. Bu iki değişken arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde α=0.001 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analiz sonucunda; üniversite mezunu olan gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler, üniversite mezunu olan gebeler ile ilkokul mezunu olan gebeler, üniversite mezunu olan gebeler ile ortaokul mezunu olan gebeler; lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler ve lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile ilkokul mezunu olan gebeler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15: Gebelerin Evlilik Sürelerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin Evlilik Süreleri	GSUÖ Puan Ortalaması			Varyans Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ort.
	N	$\bar{X}$	Ss				
0-2 yıl	135	128.525	12.481	**Gr. Arası**	746.092	4	186.523
3-5 yıl	81	127.481	11.292				
6-8 yıl	47	126.319	9.815	**Gr. İçi**	45434.105	325	139.797
9-11 yıl	37	125.756	12.271				
12 yıl ve üzeri	30	123.600	12.461	**Genel**	46180.197	329	-
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**				

F: 1.334 p=0.257

Gebelerin evlilik sürelerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Çalışmayan	267	126.913	11.454	- 0.893	0.372
Çalışan	63	128.396	13.420		

Tablo 16'da gebelerin çalışma durumlarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Gebelerin çalışma durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan student t testinde α=0.05 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilememiştir.

Tablo 17: Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin Eşlerinin Eğitim Düzeyleri	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Okuma-yazma bilen / İlkokul	123	126.317	11.589	6.108	0.000
Ortaokul	81	124.642	11.791		
Lise ve dengi ok.	111	128.639	11.997		
Üniversite/Y.O.	15	137.533	5.208		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Tablo 17'de gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre, GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Kruskal-Wallis varyans analizinde eşlerinin eğitim durumlarına göre, GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.001 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Mann-Whitney U testi ile yapılan ileri analiz sonucunda; eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri okuma-yazma bilen / ilkokul

mezunu olan, eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri ortaokul mezunu olan ve eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri lise ve dengi okul mezunu olan ve eşleri lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile ortaokul mezunu olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 18: Gebelerin Eşlerinin Mesleklerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelerin Eşlerinin Meslekleri	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
İşsiz	5	115.800	11.713		
Memur	16	131.000	14.669		
İşçi	230	127.078	11.638	2.138	0.095
Serbest Meslek	79	127.493	11.598		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Gebelerin eşlerinin meslek grupları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (Tablo 18).

Tablo 19: Gebelerin En Çok Yaşadıkları Yere Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yerleşim Yeri	GSUÖ Puan Ortalaması			Varyans Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ort.
	N	$\bar{X}$	Ss				
Büyük şehir	123	128.739	11.974	**Gr. Arası**	685.573	3	228.524
Şehir	111	127.234	11.814				
İlçe	36	125.305	12.845	**Gr. İçi**	45494.624	326	139.554
Köy	60	125.100	10.791				
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**	**Genel**	46180.197	329	-

F= 1.638 p= 0.181

Tablo 19'da gebelerin en çok yaşadıkları yere göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan varyans analizinde, gebelerin en çok yaşadıkları yere göre, GSUÖ puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 20: Gebelerin Sağlık Güvence Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Güvence Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Var	304	127.355	11.714	0.830	0.407
Yok	26	125.346	13.425		

Tablo 20'de, gebelerin sağlık güvence durumları ile GSUÖ puan ortalamaları görülmektedir. Bu iki değişken arasında yapılan student t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 21: Gebelerin Sağlık Güvence Tiplerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Güvence Tipleri	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Yok	26	125.346	13.425		
Emekli san. ve S.S.K.	268	127.343	11.577		
Bağ-Kur	15	128.933	13.487	0.364	0.814
Yeşil Kart	21	126.381	12.615		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Gebelerin sağlık güvence tiplerine ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 21).

Tablo 22: Gebelerin Aile Tiplerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Aile Tipi	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Çekirdek Aile	266	128.266	11.743	3.398	0.001
Geniş Aile	64	122.750	11.313		

Tablo 22'de çekirdek aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip gebelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki değişken arasında yapılan student t testinde α=0.01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 23: Gebelerin Ekonomik Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gelir Durumu	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Gelir Giderden Az	100	124.260	12.663	7.249	0.004
Gelir Gidere Denk	217	128.907	10.846		
Gelir Giderden Çok	13	121.230	15.637		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Tablo 23'te gebelerin ekonomik durumlarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Kruskal-Wallis varyans analizinde gebelerin ekonomik durumlarına göre, GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.01 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış ve gelir giderden az olan gebeler ile gelir gidere denk olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 24: Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelik Sayısı	GSUÖ Puan Ortalaması			Varyans Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ort.
	N	$\bar{X}$	Ss				
1. gebelik	142	129.788	12.453	**Gr. Arası**	2397.625	2	1198.812
2. gebelik	129	126.565	11.048	**Gr. İçi**	43782.572	327	133.892
3. ve üzeri gebelik	59	122.339	10.413				
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**	**Genel**	46180.197	329	-

F= 8.954 p=0.000

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik sayılarına göre GSUÖ puan ortalamaları incelendiğinde, gebelik sayısı arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan varyans analizinde, gebelik sayıları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.001 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Tukey HSD testi ile yapılan ileri analiz sonucunda 3 ve üzeri gebeliği olanlar ile 1. gebeliği olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25: Gebelerin Çocuk Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çocuk Sayısı	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
0 çocuk	158	129.506	12.392	5.708	0.000
1 çocuk	134	125.865	11.036		
2 çocuk	31	123.645	9.083		
3 ve üzeri çocuk	7	116.285	13.474		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Tablo 25'te gebelerin çocuk sayıları arttıkça GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde gebelerin çocuk sayıları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.01 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış ve hiç çocuğu olmayan gebeler ile 1 çocuğu olan; hiç çocuğu olmayan gebeler ile 2 çocuğu olan; hiç çocuğu olmayan gebeler ile 3 ve üzeri çocuğu olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 26: Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelik Haftası	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
1-12 hafta	18	120.500	10.393	3.611	0.019
13-24 hafta	84	126.464	11.883		
25-40 hafta	228	127.995	11.803		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftası arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir (Tablo 26).

Bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde α=0.05 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış ve 1-12 haftalık gebe olanlar ile 13-24 haftalık gebe olan ve 1-12 haftalık gebe olanlar ile 25-40 haftalık gebe olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 27: Gebelerin Gebeliği Planlama Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebeliği Planlama Durumu	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
İstemeden	24	121.583	12.904	3.113	0.067
İsteyerek	254	127.815	12.080		
İstemeden-şimdi isteyen	52	126.769	9.459		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.84**		

Gebelerin gebeliği planlama durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 27).

Tablo 28: Gebelerin Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Beden Kitle İndeksi (BKI)	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Normal (18.5-24.9)	261	128.088	11.769	3.829	0.026
Hafif şişman (25.0-29.9)	56	123.357	12.040		
Obes (30-39.9)	13	125.846	9.719		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Gebelerin gebelik öncesi BKI'ne ile GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde α=0.05 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış ve gebelik öncesi BKI normal sınırlar arasında olan gebeler ile, gebelik öncesi BKI hafif şişman sınırlar arasında olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 28).

Tablo 29: Gebelerin Gebelik Boyunca Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayılarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
1 kez	12	119.916	9.529	5.353	0.001
2 kez	32	123.843	13.026		
3 kez	33	126.727	12.243		
4 kez	47	122.638	13.412		
5 kez ve üzeri	206	129.257	10.819		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Tablo 29'de gebelerin gebelikleri süresince kontrole gitme sayılarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir.

Yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde gebelerin gebelikleri süresince kontrole gitme sayıları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.01 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Gruplar Mann-Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış; 5 kez ve üzeri kontrole giden gebeler ile 1kez kontrole giden gebeler, 5 kez ve üzeri kontrole giden gebeler ile 2 kez kontrole giden ve 5 kez ve üzeri kontrole giden gebeler ile 4 kez kontrole giden gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo 30: Gebelerin Sağlık Ocağından Ebe/Hemşirenin Gebeliği Süresince Ev Ziyaretlerine Gelme Sayısına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ev Ziyareti Sayısı	GSUÖ Puan Ortalaması			F	p
	N	$\bar{X}$	Ss		
Hiç Gelmeyen	222	127.270	11.508	2.078	0.103
1 kez gelen	73	125.123	12.871		
2 kez gelen	16	132.062	9.677		
3 kez ve üzeri gelen	19	130.210	12.277		
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**		

Gebelerin sağlık ocağından ebe/hemşirenin gebeliği süresince ev ziyaretlerine gelme sayısına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (P>0.05).

Tablo 31: Gebelerin Eşlerinin Ev İşlerine Yardım Etme Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ev İşlerinde Yardım Etme Durumu	GSUÖ Puan Ortalaması			Varyans Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ort.
	N	$\bar{X}$	Ss				
Çok yardımcı	102	131.264	11.726	**Gr. Arası**	3098.151	3	103.2717
Orta derecede yardımcı	116	126.637	12.151				
Az yardımcı	72	125.250	10.404	**Gr. İçi**	43082.046	326	132.154
Hiç yardımcı olmayan	40	121.950	10.775				
TOPLAM	**330**	**127.197**	**11.847**	**Genel**	46180.197	329	-

F= 7.815 p= 0.000

Tablo 31'de, araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumları arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan varyans analizinde, yardım etme durumu ile GSUÖ puan ortalamaları arasında α=0.001 düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Gruplar Tukey HSD testi kullanılarak ikili gruplar halinde karşılaştırılmış ve eşleri ev işlerinde çok yardımcı olan gebeler ile eşleri orta derecede yardımcı olan gebeler arasında; eşleri ev işlerinde çok yardımcı olan gebeler ile eşleri az yardımcı olan gebeler arasında; eşleri ev işlerinde çok yardımcı olan gebeler ile hiç yardımcı olmayan gebeler arasında; anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 32: Gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsüne Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

CYBH Öyküsü	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Var	32	126.187	12.379	- 0.507	0.613
Yok	298	127.305	11.805		

Tablo 32'de gebelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık (CYBH) Öyküsüne göre GSUÖ puan ortalamaları görülmektedir. Bu iki değişken arasında yapılan student t testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. GEBELERİN VE EŞLERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %27.0'sinin 18-22 yaş grubu olduğu, %40.6'sının 23-27, %24.8'inin 28-32, %6.4'ünün 33-37, %1.2'sinin 38 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiş ve yaş ortalaması 25.475 ± 4.641 olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %30.0'unun 18-25 yaş aralığında, %28.4'ünün 26-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (39). Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %54.6'sının 20-24 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının 23.658 ± 3.612 yıl olduğu belirlenmiştir (61). Taşçı'nın hiperemezis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 110 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması 25.890 ± 4.030 yıl olarak saptanmıştır (54). Araştırma sonuçları, ülkemizde doğurganlık çağı ile ilgili yapılan araştırma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, gebelerin %3.3'ünü okuma yazma bilenler oluştururken, gebelerin %50.6'sının ilkokul, %19.1'inin ortaokul, %22.7'sinin lise ve dengi okul, %4.3'ünün üniversite/yüksekokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Ünsal gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %61.9'unun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (61). Giray ve arkadaşlarının gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla 79 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin % 69.2'sinin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (24). TNSA 2003 verilerine göre, kadınların %53.7'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (55). Sonuçlardaki az oranda farkın yapılan araştırmalarda okuma-yazma bilmeyen grubun olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin % 21.7'sinin yüksekokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %77.6'sının ise yüksekokul sonrası eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (39). Bulgulara göre Lindgren çalışmasını yüksek eğitim düzeyine sahip gebelerle yapmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, tamamının (%100) medeni durumları, evli olarak bulunmuştur (Tablo 6).

TNSA 2003 raporuna göre, kadınların %95'i evli, geriye kalan kadınların boşanmış veya ayrı yaşamakta olduğu (%3) veya eşlerinin öldüğü (%2) görülmektedir (55). Giray ve arkadaşlarının gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla 79 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %18.9'unun resmi nikahlı evli olduğu, %25.0'inin resmi nikahı olmadığı belirlenmiştir (24). Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %83.1'inin eşi olduğu, %16.9'unun ise eşi olmadığı belirlenmiştir (39). Bu sonuçların ülkelerdeki kültür farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %40.9'unu 0-2 yıllık evli olanlar oluştururken, gebelerin %25.0'i 3-5 yıllık, %14.2'si 6-8 yıllık, %11.2'si 9-11 yıllık,

%9.1'i 12 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik yılı ortalaması 4.90 ± 4.79 (min:0, max:30) olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %34.9'unun 1-3 yıllık evli olduğu, %22.4'ünün 1 yıldan az süredir evli olduğu saptanmıştır (61). İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %41.1'inin 1-5 yıllık evli oldukları belirlenmiştir (29). Araştırma sonuçları gebeliklerin genellikle evliliklerin ilk yıllarında olduğunu göstermektedir..

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %80.9'unun ev hanımı olduğu, %19.1'inin ise her hangi bir işte çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 7).

İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %76.2'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (29). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların %73.0'ünün çalışmadığı saptanmıştır (55). Literatürdeki araştırma sonuçları ve bu çalışma ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğunu göstermektedir.

Gebelerin %92.1'inin her hangi bir sosyal güvencelerinin olduğu, %7.9'unun ise sosyal güvencelerinin olmadığı saptanmıştır. (Tablo 7).

Çakmakçı'nın gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirme amacıyla 90 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %80.0'inin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir (14). Araştırma sonuçları sağlık kurumlarına başvuranların çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğunu göstermektedir.

Gebelerin aile tipine göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %80.6'sının çekirdek aile, %19.4'ünün ise geniş ailede yer aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %79.2'sinin çekirdek aile yapısına sahip

olduğu belirlenmiştir (29). Taşçı'nın hiperemezis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 110 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, vaka grubunun %81.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (54). Araştırma sonuçları, toplumumuzda önceden var olan geniş aile yapısının yerini çekirdek aile yapısının aldığını göstermektedir.

Gebelerin ailelerinin gelir durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %30.3'ünün gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %65.8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %3.9'unun ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Çakmakçı'nın gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirme amacıyla 90 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %66.7'sinin aile gelir durumun gelir gidere denk olarak belirlenmiştir (14). Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %49.4'ünün aile gelir durumunun gelir gidere denk olduğu belirlenmiştir (61). Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %42.8'inin aylık gelirinin >$50.000 olarak bulunmuştur (39). Bulgulara göre Lindgren çalışmasını yüksek gelir düzeyine sahip gebelerde olan gebelerle yapmıştır.

Gebelerin, %37.3'ünün en uzun süre büyük şehir, %33.6'sının il (şehir), %10.9'unun ilçe ve %18.2'sinin ise köyde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 7).

Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, %55.3'ünün en uzun süre büyük şehirde yaşadığı saptanmıştır (61). Yangın'ın gebelerin cinsel davranışlarının belirlenmesi amacıyla 26 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %38.5'i yaşamlarının önemli bir bölümünü şehirde geçirdiği belirlenmiştir (65). Gebelerin çoğunluğunun şehir ve büyük şehirde

yaşaması, gebelik süresince izleme, bakım ve eğitim almaları açısından önemlidir.

Gebelerin %79.1'inin gebelik öncesi dönemde normal sınırda BKI'ne sahip olduğu, %17.0'sinin hafif şişman, %3.9'unun obes sınırları içerisinde BKI'ne sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin BKI ortalaması 22.235 ± 3.466 olarak saptanmıştır (Tablo 7).

İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %68.3'ünün normal BKI'ne, %17.3'ünün hafif şişman, %9.9'unun obes sınırları içinde olduğu saptanmıştır (29). Çakmakçı ve arkadaşlarının gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirmek amacıyla 90 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin % 60.0'ının normal BKI'ne sahip olduğu ve BKI ortalamasının 25.31 ± 3.74 olduğu bulunmuştur (14). Araştırma sonuçlarına bakıldığında kadınların genelde normal sınırlarda BKI'ne sahip olduğu görülmektedir.

Gebelerin eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, eşlerin %37.3'ünün okuma yazma bilenler ile ilkokul düzeyinde eğitim alanlar oluştururken, eşlerin %24.6'sının ortaokul, %33.6'sının lise ve dengi okul, %4.5'inin ise üniversite/yüksekokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin eşlerinin %53.3'ünün okuma yazma-bilen ve ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir (61). Çakmakçı ve arkadaşlarının gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirmek amacıyla 90 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin eşlerinin %44.4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (14). Araştırma sonuçları, ülkemizde erkeklerin eğitim düzeyinin de istendik ölçüde olmadığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin %1.5'inin işsiz olduğu, eşlerin %4.9'unun memur, %69.7'sinin işçi ve %23.9'unun serbest meslek grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin eşlerinin %10.4'ünün işçi, %40.1'inin memur, %49.5'inni serbest mesleğe sahip olduğu saptanmıştır (29). Ünsal gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin eşlerinin %7.6'sının işçi, %6.9'unun memur, %78.6'sının esnaf ve zanaatkar olduğu belirlenmiştir (61). Sonuçları arasındaki farkın, çalışmaların yapıldıkları kurumların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin gebelik sayısına göre dağılımına bakıldığında, gebelerin %43.0'ünün 1. gebeliği, %39.1'inin 2. gebeliği olduğu, % 13.7'sinin 3. gebeliği olduğu, %2.1'inin 4. gebeliği olduğu, %2.1'inin 5 ve üzeri gebeliği olduğu belirlenmiştir. Ortalama gebelik sayısı; 1.812 ± 0.899 (min:1, max:5) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, % 30.4'ünün ilk gebeliği olduğu; %68.4'ünün iki ve daha üzeri gebeliği olduğu bulunmuştur (39). Çakmakçı ve arkadaşlarının gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirmek amacıyla 90 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %45.6'sının ilk gebeliği olduğu saptanmıştır (14). Araştırma sonuçları, son yıllarda yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %47.9'unun hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %40.6'sının 1 yaşayan çocuğu olduğu, %9.4'ünün 2 yaşayan çocuğu olduğu, %1.5'inin 3 yaşayan çocuğu olduğu, %0.3'ünün 4 yaşayan çocuğu olduğu, %0.3'ünün 5 yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır. Ortalama çocuk sayısı; 0.666 ± 0.774 olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Başer ve arkadaşlarının doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla 164 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların 45.7'sinin 1 yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir (10). Çakmakçı ve arkadaşlarının gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirmek amacıyla 90 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin yaşayan çocuk sayı ortalaması 0.67 ± 1.02 olarak saptanmıştır (14). Taşpınar ve arkadaşlarının Manisa'da gebelerin şiddete uğrama durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.29 olarak bulunmuştur (58). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların hayatta olan çocuklarının sayısı 1.69 olarak belirlenmiştir (55). Araştırma sonuçları, ülkemizde gebelik sayısının düştüğünü göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %77.0'sinin isteyerek, %7.3'ünün istemeden, %15.7'sinin istemeden gebe kaldığı ama şu an gebeliği istediği saptanmıştır (Tablo 9).

Yangın'ın gebelerin cinsel davranışlarının belirlenmesi amacıyla 26 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %69.3'ü gebeliği eşleri ile birlikte istedikleri belirlenmiştir (65). Taşçı'nın hiperemezis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 110 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kontrol grubundaki gebelerin %85.5'inin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır (54). Gebelerin gebeliklerini planladığını ve dolayısı ile çiftlerin aile planlaması yöntemlerini kullandıklarını düşündürmektedir. Gebeliğine ve fetusa karşı olumsuz duygular besleyen gebelere sağlık uygulamalarını geliştirecek girişimlerde bulunulabilir. Çünkü olumsuz duygulara sahip gebelerin sağlık uygulamalarına daha az dikkat ettikleri saptanmıştır (38).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %5.5'inin 1-12 haftalık gebe olduğu, %25.4'ünün 13-24 haftalık gebe olduğu, %69.1'inin 25-40 haftalık gebe olduğu saptanmıştır. Ortalama gebelik süresi 29.445 ± 9.241 (min:3, max:40) haftalık gebe olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Lindgren HPQ-II'nin geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla prenatal kontrole gelen 312 gebe ile yaptığı çalışmada, %20.5'inin 1-12 haftalık gebe olduğu, %39.0'ının 13-24 haftalık, %39.6'sının 25-40 haftalık gebe olduğu belirlenmiştir (39). İrge ve arkadaşlarının gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla 202 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %26.2'sinin 1-12 haftalık gebe, %37.1'inin 13-24 haftalık gebe, %36.6'sının 25-40 haftalık gebe oldukları belirlenmiştir (29). Bu sonuç, gebelerin sağlık kuruluşlarına genellikle II. ve III. trimesterde kontrole gitmeleri ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %3.6'sının 1 kez kontrole gittiği, %9.7'sinin 2 kez, %10.0'unun 3 kez, %14.2'sinin 4 kez, %62.4'ünün 5 kez ve üzerinde kontrole gittikleri saptanmıştır. Ortalama kontrole gitme sayısı, 4.221 ± 1.181 (min:1, max:5) olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %52.0'sinin 5-8 kez kontrole gittikleri belirlenmiştir (61). TNSA 2003 raporuna göre, annelerin %81.0'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez, sağlık personelinden doğum öncesi bakım almıştır (55). Literatür bilgileri incelendiğinde de doğum öncesi bakım almada yerleşim yeri ve bölgesel farklılıkların olduğu ve kentsel bölgede yaşayan kadınların, kırsal alanlarda yaşayanlardan daha fazla doğum öncesi bakım aldıkları (kent %83.5; kır %57.7: TNSA 2003) belirtilmektedir (55,56). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların

%63.7'sinin 4 kez ve üzerinde doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır(55). Araştırmaya katılan gebelerin kontrole gitme oranlarının yüksek olmasının nedeni gebelerin büyük şehirde yaşamalarına bağlanabilir.

Gebelerin, gebelikleri süresince sağlık ocağından ebe/hemşirenin ziyarete gelme durumuna bakıldığında, %67.3'ünü hiç ziyarete gelmediği, %22.1'ini 1 kez, %4.9'unu 2 kez, %1.5'ini 3 kez, %1.5'ini 4 kez ve %2.7'sini 5 kez ve üzeri ziyarete geldiği saptanmıştır. Sağlık ocağından ebe/hemşirenin ziyarete gelme sayı ortalamasına bakıldığında 0.560 ± 1.079 olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Başer ve arkadaşlarının doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla 164 kadın ile yaptıkları çalışmada, gebelikleri süresince hiç ziyaret edilmeyenlerin oranı %35.4, 4 kez ve daha üzeri ziyaret edilen kadın oranı %19.5 olarak belirlenmiştir (10). Doğum öncesi ziyaretlerin toplam sayısı, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Gebelerin gebelikleri süresince 6 kere ziyaret edilmeleri gerekirken, ziyaret sayısının yeterli olmayışı bu hizmetin etkin olarak yapılmadığını göstermektedir (56).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumlarına bakıldığında, %30.9'unun çok yardımcı olduğu, %35.2'sinin orta derecede yardımcı olduğu, %21.8'inin az yardımcı olduğu, %12.1'inin hiç yardımcı olmadığı saptanmıştır (Tablo 10).

Taşçı'nın hiperemezis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 110 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kontrol grubundaki gebelerin %98.2'sinin eşlerinden destek aldıkları saptanmıştır (54). Literatürde, gebelik gibi yaşam olaylarında eş desteğinin temel ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (60). Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı

yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı koruma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik için de geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise, bu deneyimi olumsuz olarak etkileyebilmektedir (56). Diğer taraftan yeterli sosyal destek alan bir kadın, gebeliği için yardım arama ve yararlı sağlık uygulamaları davranışlarını arttırarak, gebelik komplikasyonlarını azaltabilir (56).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %9.7'sinin CYBH öyküsü olduğu, %90.3'ünün CYBH öyküsü olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11). Gebelerden CYBH öyküsü olanların tamamının (%100.0), doktora gidip tedavi olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Gebelikte enfeksiyon hastalıkları önemlidir. Çünkü hastalık kadını etkilediği kadar, fetusu ve gebeliğin seyrini de etkiler (56). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan uzak durması gerekir. Üreme çağındaki ailelere sağlık hizmeti sunan hemşireler birincil korumada, eğitim programları yürüterek ve hastalıklar ve riskler konusunda sürekli eğitim sağlayarak hastalıkların oluşmasını önlemede yardımcı olabilirler (23). CYBH olan gebelerin tümünün tedavi olması olumlu bir davranıştır.

4.2 GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

S.B. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi ve S.B. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin, GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). S.B. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamaları (130.266±10.790), S.B. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamalarına (124.127 ± 12.091), göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

ABD'de 358 adölesan gebe üzerinde yapılan araştırmada, adölesan gebelerin doğum öncesi bakım almada geç kaldıkları ya da hiç almadıkları, gebelik süresince sigara kullandıkları ve anemik oldukları saptanmıştır (1). Bu araştırmanın sonucundan, adölesan gebelerin gebelikte dikkat edilmesi gereken sağlık uygulamalarına dikkat etmedikleri görülmüştür. Yapılan bu çalışmada yaş ile GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. İki çalışmadaki farklı sonuçların, bu çalışmaya adölesan gebelerin alınmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin eğitim düzeyleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). Yapılan ileri analiz sonucunda; üniversite mezunu olan gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler, ilkokul mezunu olan gebeler, ortaokul mezunu olan gebeler arasında ve lise mezunu gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler arasında anlamlı fark bir saptanmıştır (Tablo 14).

Çakmakçı ve ark. gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirmek amacıyla 90 gebe ile yaptığı çalışmada, lise ve üzeri okul mezunu gebelerin tüm döneme özgü ve II. Trimestere özgü aldıkları olumlu davranış skorları; ilköğretim okulu mezunu gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (14). Çünkü eğitim faktörü hemen hemen her alanda olduğu gibi, bireyin sağlık durumunda da direkt etkili bir faktör olarak düşünülebilir.

Gebelerin evlilik sürelerine ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin çalışma durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). Yapılan ileri analiz sonucunda; eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 17).

Çakmakçı ve ark. yaptığı çalışmada, eşleri lise ve üzeri okul mezunu olan gebelerin, tüm gebelik dönemlerine özgü ve II. Trimestere özgü aldıkları olumlu davranış skorları, eşleri ilköğretim okulu olan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (14). Yapılan çalışmaların sonucunda, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde gebelerin eğitimi kadar eşlerinin eğitiminin de önemli olduğu görülmektedir.

Gebelerin eşlerinin meslekleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

Gebelerin en çok yaşadıkları yere ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark saptanamamıştır ($P>0.05$) (Tablo 19).

Lindgren'in şehir merkezi ve küçük kentte yaşayan kadınlarda gebelikte sağlık uygulamalarını karşılaştırmak amacıyla 252 gebe ile yaptığı çalışmada, küçük kentlerde yaşayan gebelerin HPQ puanları, şehir merkezinde yaşayan gebelerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu farkı oluşturan maddeler ise, yeterli beslenme, egzersiz, prenatal bakımı içeren iki soru olduğu belirtilmiştir (38).

Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını korumalıdır. Bu toplumlarda kadın çocuk sahibi oldukça daha kabul ve saygı görmektedir (56). Toplumumuzda genellikle gebelik süresince kadının sağlığına kendisi ve çevresinin dikkat ettiği düşünülmektedir. Bu durum, yaşanan yer ile GSUÖ alınan puan ortalaması arasında fark çıkmamasının nedeni olarak gösterilebilir.

Gebelerin sağlık güvence durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Gebelerin sağlık güvence tiplerine ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Sağlık güvencesine sahip olma, gebelerin prenatal kontrole gitme sayısını etkileyebilmektedir. Ülkemizde sağlık güvence kurumlarının birleştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarının gebelerin kontrole gitme sayısını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çekirdek aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip gebelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 22).

Çekirdek ailelerin anne, baba ve çocuk/çocuklardan oluştuğu; geniş ailelerde buna ek olarak kayınvalide, kayınpeder, eşlerin kardeşleri gibi kişilerin bulunduğu

düşünülürse, kişi başına düşen aile içi gelirin çekirdek ailelerde daha yüksek olduğu bir gerçektir. Hane halkı büyüklüğü arttıkça yoksulluk riski de artmaktadır (3). Ailedeki kişi sayısının beslenme, barınma, hijyen gibi temel ihtiyaçları etkilediği düşünülmektedir. Bu durum, GSUÖ puan ortalamasının çekirdek ailelerde daha yüksek bulunmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Gebelerin ekonomik durumlarına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde, gelir giderden az olan gebeler ile gelir gidere denk olan gebeler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 23).

Ekonomik durum ailenin, gebelerin sağlık bakımı almasını, beslenmesini, hijyen alışkanlıklarını, sigara ve alkol gibi maddeler kullanmasını, aile içi ilişkilerini, stres durumunu olumsuz etkileyebilmektedir (11). Haas ve arkadaşlarının gebelik süresince ve sonrasında sağlık değişikliklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada gebeler, yiyecek ve barınma için yeterli gelire sahip olmadığını ve düşük sağlık düzeyine sahip olduklarını belirtmişlerdir (26). Gharaibeh ve arkadaşlarının Ürdünlü gebelerin yaşam uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sosyo-ekonomik durumun beslenme durumunu etkilediği, gebe kadınlarda anemi gibi problemlerin görüldüğü saptanmış ve iyi beslenmenin bebek ve anne sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (22).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik sayısı arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiş ve aradaki ilişkiyi incelemek için yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). Yapılan ileri analiz sonucunda 3 ve üzeri gebeliği olan gebeler ile 1. gebeliği olan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 24).

Çakmakçı ve ark. yaptığı çalışmada, ilk gebeliği olan gebelerin, tüm gebelik dönemlerine özgü ve III. trimestere özgü olumlu davranış skorları, 2. gebeliği ya da daha fazla gebeliği olan gebelere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (14). Bu sonuçlar doğrultusunda, ilk gebelikten sonraki gebeliklerde, gebelerin sağlık durumlarına daha az dikkat ettikleri düşünülebilir.

Gebelerin çocuk sayıları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.01$). Yapılan ileri analiz sonucunda hiç çocuğu olmayan gebeler ile 1 çocuğu, 2 çocuğu, 3 ve üzeri çocuğu olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 25).

Çakmakçı ve ark. yaptığı çalışmada, yaşayan çocuk sayısı arttıkça, gebelerin tüm gebelik dönemine özgü ve III. trimestere özgü aldıkları olumlu davranış skorları daha da düşmektedir ($p<0.05$) (14). Bu durum, gebelik sayısıyla doğru orantılı olarak aynı şekilde; gebelerin şu an yaşayan çocuk sayıları 1 ve üzerinde ise, gebelerin sağlık durumlarına daha az dikkat ettikleri şeklinde açıklanabilir.

Gebelerin gebelik haftalarına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda 1-12 haftalık gebe olanlar ile 13-24 haftalık gebe olanlar ve 25-40 haftalık gebe olanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 26).

Bu sonucun, kadınların gebeliklerini ilk 1-12 hafta içinde öğrenmemesinden ve gebe olduğunu bilmeyen kadınların sağlıklarına daha fazla dikkat etmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gebelerin gebeliği planlama durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 27).

Annenin fetusa bağlılığı, bebeğin hareketlerini ilk hissettiğinde başlar ve vücudu değiştikçe ve uterus büyüdükçe gittikçe aratarak güçlenir. Annenin ilgisi

genellikle bebeğe ve onun sağlığına yönelir ve böylece anne ve fetus arasında bağlılık gelişir. Gebe kadın kendisiyle ilgilenmenin yanı sıra, kendi vücudunun bir parçası olan fetusa de odaklanır. Bu dönemin, kendisi için olduğu kadar, fetus için de güvenli geçmesi için prenatal bakım almaya ve yaşam biçiminde değişiklik yapmaya odaklanır (23).

Gebelerin gebelik öncesi BKI ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde düzeyinde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda gebelik öncesi BKI normal sınırlar arasında olan gebeler ile, gebelik öncesi BKI hafif şişman sınırlar arasında olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 28).

BKI, genel olarak kullanılan bir sağlık göstergesidir. Gebelerde BKI'de belirlenen sınırlara göre kilo alınması önerilmektedir. BKI normal sınırlar içinde olan gebelerin, genelde beslenmelerine ve sağlıklarına dikkat ettiği düşünülmektedir.

Gebelikleri süresince kontrole gitme sayılarına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir (0.01). Yapılan ileri analizde 5 kez ve üzeri kontrole giden gebeler ile 1 kez kontrole giden, 2 kez kontrole giden ve 4 kez kontrole giden gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 29).

Yeterli doğum öncesi bakım almanın kriteri, kadının gebeliği boyunca en az 4-6 kez izlenmesidir. Gebelik doğal, fizyolojik bir olay olmasına karşın anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkiler. Bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Bu nedenle doğum öncesi dönemde hem anne, hem de fetusun özel bakıma gereksinmeleri vardır (56).

Gebelerin sağlık ocağından ebe/hemşirenin gebeliği süresince ev ziyaretlerine gelme sayısına ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (P>0.05).

Anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan bakım hizmetlerinden en önemlilerinden biri doğum öncesi bakımdır. Doğum öncesi bakım yapılmayan annelerde ve bu annelerden doğan çocuklarda hastalanma ve ölüm hızlarının yüksek olduğu yapılan araştırmalarda belirlenmiştir (56). Gebelerin sağlık ocağından ebe/hemşirenin gebeliği süresince ev ziyaretlerine gelme sayısı ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamasının gebelerin sağlık kuruluşlarına kontrole gitmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gebelerin eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir (0.001). Yapılan ileri analizde eşleri ev işlerinde çok yardımcı olan gebeler ile eşleri orta derecede ve daha az düzeyde yardımcı olan gebeler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 31).

Literatürde, kadına özellikle gebelik döneminde psikolojik olarak yakın olan en az iki ya da üç kişinin olması (eş, ebeveynler, kız kardeş vb.) ve özellikle eşlerin gebeliğe karşı tutumlarının, kadının destek sistemleri olarak önemli yer tuttuğu belirtilmektedir (56).

Gebelerin CYBH öyküsü ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05) (Tablo 32).

Üreme sistemi ile ilgili rahatsızlıklar kadına hem fiziksel hem de psikososyal baskı ve sıkıntılar yaratır. Çünkü kadın, fiziki rahatsızlığının yanı sıra doğurganlığını ve cinselliğini yitirme korkusu, düşük ve infertilitenin getireceği suçlanma duygusu, mahremiyetinin tehdit altında olması gibi pek çok duygusal soru yaşar (56). Özellikle

üreme çağındaki kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan uzak durması gerekir (23). Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda da kadınların CYBH'dan uzak durdukları, CYBH öyküsü olan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının bu durumdan etkilenmedikleri saptanmıştır. GSUÖ puan ortalamaları arasında fark olmamasının, CYBH öyküsü olan tüm gebelerin, hastalık ortaya çıktığında, doktora gidip tedavi olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Gebelikte sağlık uygulamalarını ölçmek için kullanılan Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun (GSUÖ; Health Practices Questionnaire-II, HPQ-II) geçerlik güvenirliğini test etmek ve gebelikte sağlık uygulamalarına etki eden faktörleri belirlemek amacı ile metodolojik, kesitsel ve analitik olarak yapılmış çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular şöyledir:

Ölçeğin iç geçerliğine yönelik olarak 12 değerlendiricinin (üç uzman, üç hemşire, üç gebe ve üç loğusa) görüşleri doğrultusunda ölçeğe son hali verilmiş ve ölçekten değerlendiricilerin görüşlerine göre ortalaması 2.5'ten düşük olan bir madde (madde 6) çıkarılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Değerlendiriciler arası uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Cronbach Alpha katsayısı, 0.74 olarak hesaplanmış ve oldukça yüksek olarak bulunmuştur.

Geçerlik ve güvenirliğe yönelik olarak yapılan istatistikler doğrultusunda Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formu geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; gebelerin, %40.6'sının 23-27yaş grubunda, %50.6'sının ilkokul mezunu, %80.9'unun ev hanımı olduğu, tamamının (%100) medeni durumunun evli olduğu ve %40.9'unun 0-2 yıllık evli olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %92.1'inin her hangi bir sosyal güvencelerinin olduğu, %81.2'sinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sosyal güvencesinin (Emekli San. ve SSK) olduğu saptanmıştır.

Gebelerin %80.6'sının çekirdek aileye sahip olduğu, %65.8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %37.3'ünün en uzun süre büyük şehirde yaşadıkları bulunmuştur.

Gebelerin %79.1'inin gebelik öncesi normal sınırda BKI'ne sahiptir.

Gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında, eşlerin %37.3'ünün okuma yazma bilenler ile ilkokul düzeyinde eğitim aldıkları, %69.7'sinin işçi olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, gebelerin %43.0'ünün 1. gebeliği olduğu, %47.9'unun hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %77.0'sinin isteyerek gebe kaldığı, %69.1'inin 25-40 haftalık gebe olduğu, %62.4'ünün 5 kez ve üzerinde kontrole gittikleri, %67.3'ünü gebelikleri süresince sağlık ocağından ebe/hemşirenin hiç ziyarete gelmediği bulunmuştur.

Gebelerin eşlerinin %35.2'si ev işlerinde orta derecede yardımcı olmaktadır.

Gebelerin %90.3'ünün CYBH öyküsü olmadığı, CYBH öyküsü olanların tamamının (%100.0), doktora gidip tedavi olduğu saptanmıştır.

S.B. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamaları (130.266 ± 10.790) ve S.B. Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'ne kontrole giden gebelerin GSUÖ puan ortalamaları (124.127 ± 12.091) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$).

Gebelerin yaş gruplarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiş ve eğitim düzeyi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). İleri analiz sonucunda; üniversite mezunu olan gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler, üniversite mezunu olan gebeler ile ilkokul mezunu olan gebeler, üniversite mezunu olan gebeler ile ortaokul mezunu olan gebeler; lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile okuma-yazma bilen gebeler ve lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile ilkokul mezunu olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Gebelerin evlilik sürelerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin çalışma durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). İleri analiz sonucunda; eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri lise ve daha düşük eğitim düzeyine sahip gebeler arasında, eşleri lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile ortaokul mezunu olan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Gebelerin eşlerinin mesleklerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin en çok yaşadıkları yere göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin sağlık güvence durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin sağlık güvence tiplerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Çekirdek aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının (128.266), geniş aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarından (122.750) daha yüksek olduğu belirlenmiş ve yapılan analizde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$).

Gebelerin ekonomik durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde farkın gelir giderden az olan gebeler ile gelir gidere denk olan gebeler arasında olduğu saptanmıştır.

Gebelerin, gebelik sayısı arttıkça GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir ve yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). Anlamlı farkın 3 ve üzeri gebeliği olanlar ile 1. gebeliği olanlar arasında ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır.

Gebelerin, çocuk sayısı arttıkça GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir ve yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.01$). ileri analiz sonucunda hiç çocuğu olmayan gebeler ile 1 ve daha fazla çocuğa sahip olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin, gebelik haftası arttıkça, sağlık uygulamaları puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir. Yapılan analizde, gebelik sayıları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Farkın 1-12 haftalık gebe olanlar ile 13-24 haftalık gebe olanlar ve 25-40 haftalık gebe olanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Gebelerin gebeliği planlama durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin, gebelik öncesi BKI ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Gebelik öncesi BKI normal sınır içinde olan gebeler

ile, gebelik öncesi BKI hafif şişman sınırı içinde olan gebeler arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Gebelerin gebelikleri süresince kontrole gitme sayılarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde, 5 kez ve üzeri kontrole giden gebeler ile 1 kez, 2 kez ve 4 kez kontrole gidenler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Gebelerin sağlık ocağından ebe/hemşire gebeliği süresince ev ziyaretlerine gelme sayısına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenememiştir ($p>0.05$).

Gebelerin eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumları arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir ve yapılan analizde anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.001$). İleri analiz sonucunda, eşleri ev işlerinde çok yardımcı olan gebeler ile eşleri orta derecede ve daha az düzeyde yardımcı olan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Gebelerin CYBH öyküsüne göre GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

5.2 ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Gebeler için geçerli ve güvenilir bulunan, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'ni ebe-hemşirelerin gebelere uygulaması ve gebelikteki yanlış olan uygulamaları erken dönemde saptayarak, gerekli girişimlerde bulunması,
- Gebelikte sağlıklı uygulamaların önemi konusunda ebe-hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının arttırılması,
- Gebelik süresince gebelerin yeterli doğum öncesi bakım almalarını engelleyen faktörler ortadan kaldırılarak, sağlık bakımı ve eğitim almalarının sağlanması,
- Sorunlu gebeliklerin, istenmeyen evlilik, istenmeyen gebelik problemlerinin en aza indirilmesi için üreme sağlığı, aile planlaması ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile okullarının açılması,
- Ülkemizde gebelere ve ailelerine yönelik "prenatal eğitim programlarının" yaygınlaştırılarak, çiftlerin ebeveynliğe hazırlanmasının sağlanması, gebelerin eşlerinin de bilgilendirilerek bu programlara katılımının sağlanması, gebelere verilecek desteğin çok önemli olduğunun bilinmesi ve bu konuda farkındalıklarının arttırılması,
- Araştırmanın daha geniş bir örneklem kullanılarak tekrar yapılması, araştırmanın daha alt ve daha üst sosyo-ekonomik düzeye sahip gebelere uygulanması,
- Yapılacak farklı çalışmalarda Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği'nin sınırlılıkları dışında kalan örnekleme de uygulanması,

- Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasına yönelik olarak kullanılan yöntemlerin farklı çalışmalarda tekrarlanması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET

Bu araştırma, gebelikteki sağlık uygulamalarını ölçmek için kullanılan Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun (GSUÖ; Health Practices Questionnaire-II, HPQ-II) geçerlik güvenirliğini test etmek ve gebelikte sağlık uygulamalarına etki eden faktörleri belirlemek amacı ile metodolojik, kesitsel ve analitik olarak yapılmıştır.

Araştırma 1-30 Haziran 2006 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Gebe Polikliniklerinde yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Hastanesi Gebe Polikliniğine kontrole gelen 1834 gebe ve Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Gebe Polikliniğine kontrole gelen 3788 gebe araştırmanın evrenini oluşturmuşlardır. Her iki hastaneye çalışmanın yapıldığı süre içinde kontrole gelen, sınırlamalar dışında kalan, olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen ve uygulamayı kabul eden 330 gebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada veriler; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiş ”Birey Tanıtım Formu” yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ; Health Practice in Pregnancy II)”ni

katılımcıların doldurması istenerek toplanmıştır. Toplanan verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde, Student t testi, korelasyon testi, Kruskall-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ileri analizde "post hoc" çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey HSD ile Tamhane T2 kullanılmıştır.

Araştırmada Cronbach Alpha katsayısı, 0,74 olarak bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirliğe yönelik olarak yapılan istatistikler doğrultusunda Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formu geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Gebelerin kontrole gittikleri hastane, eğitim durumu, eşlerinin eğitim durumu, aile yapısı, ekonomik durumları, gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, gebelik haftaları, gebelik öncesi BKI, gebelikleri süresince kontrole gitme sayıları, eşlerinin ev işlerinde yardım etme durumunun Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır.

Bu bilgiler ışığında, gebelere bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının arttırılması; gebelerin yeterli doğum öncesi bakım almalarını engelleyen faktörler ortadan kaldırılarak, sağlık bakımı ve eğitim almalarının sağlanması; gebelerin eşlerinin de bilgilendirilmesi ve gebelere verilecek desteğin çok önemli olduğunun bilinmesi ve bu konuda farkındalıklarının arttırılması, sorunlu gebeliklerin, istenmeyen evlilik, istenmeyen gebelik problemlerinin en aza indirilmesi için üreme sağlığı, aile planlaması ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile okullarının açılması, kadınların fiziksel ve psiko-sosyal sağlığı için geleneksel ve aile baskılarının azaltılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Sağlık Uygulamaları, Sağlık Davranışları

6.2. ABSTRACT

TURKISH VERSION OF HEALTH PRACTICES QUESTIONNAIRE IN PREGNANCY VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

This research was made methodologically, cross sectional and analytic to test the validity and reliability of Health Practices Questionnaire in Pregnancy-II (HPQ-II) used to measure health practices during pregnancy and to determine the factors that affect health practices during pregnancy.

Research was carried out in Pregnant Policlinics of Ministry of Health Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Obstetric and Gynecology Hospital and Ministry of Health Ege Maternity and Gynecology Training Hospital between the dates of 01 through 30 June 2006. 1834 pregnant women who referred to Pregnant Policlinic of Department of Health Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Gynecology Hospital and 3788 pregnant women who referred to Pregnant Policlinic of Department of Health Ege Maternity and Gynecology Training Hospital comprised the scope of research. Total 330 pregnant women who came to both hospitals for controls during study period, those who remained out of limitations, those who were selected through improbability sampling method and accepted the application comprised the sampling of research. In the research, data were collected through "Individual Identification Form" which developed by the researcher by using an face to face interview technique and "Health Practices Questionnaire in Pregnancy" by asking for filling by participants. In the evaluation of data collected the number and percentage, Student's t test, correlation test, Kruskall-Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test, one-way variance analysis (ANOVA) and in advanced analysis among the "post hoc" multicomparison methods the Tukey HSD and Tamhane T2 were used.

In the research Cronbach Alpha coefficient was found as 0.74. In the course of statistics performed toward validity and reliability, the validity and reliability of Turkish Version of Health Practice Questionnaire in Pregnancy were determined.

It was determined that the hospital that pregnant women usually go, their level of education, their husband's education levels, family structure, economical status, number of pregnancy, number of children alive, weeks of gestation, BMI before pregnancy, number of doctor visits during gestation and their husband's assistance in household works influenced the mean scores of Health Practices Questionnaire in Pregnancy.

Under the light of these data the followings recommendations were made; increasing the responsibilities of nurses and midwives who provide care for pregnant women related to protecting and promoting maternal and child health during prenatal, perinatal and postnatal periods; providing a healthy care and training for pregnant women by eliminating the factors preventing them to receive appropriate prenatal care; informing their husbands and acknowledging that the support to be provided for them is highly important and increasing the awareness in this regard and to reduce the problems such as risky pregnancies, unwanted marriages and unwanted pregnancies to minimum making reproduction health, family planning and pre-marriage counseling services wide spread, opening up family schools, reducing the traditional and familial pressures for physical and psychological health of women.

Key Words: Pregnancy, Health Practices, Health Behaviors

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. …… Adolescent Pregnancy, Birth and Abortion (2003), King Country, 1980-2001. Public Health Data Watch, 6(1):1-12.

2. …… Thalidomide Important Patient Information, http://www.fda.gov/cder/news/thalidomide.htm, Erişim tarihi: 07.04.2006.

3. …… http://tuik.gov.tr, Yoksulluk Çalışması Sonuçları, 2004, Erişim Tarihi: 20.02.2006.

4. Academy Report (2004). American Academy of Periodontology Report Statement Regarding Periodontal Management of the Pregnant Patient, J. Periodontol, March, 495.

5. American College of Obstetricans and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion (2002). Exercis eDuring Pregnancy and Postpartum Period, Int. J. Gyneacol Obstet, 77:79-81.

6. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). Ed.: Erefe, İ., Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, ss:169-187.

7. Aksayan, S. (2002). Kültürler Arası Ölçek Uygulama İçin Rehber I, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1):9-14.

8. Andrade, S.E., Gurwitz, J. H., Davis, R. L. et al. (2004). Prescription Drug Use in Pregnancy, Am. Journ. Obs. and Gyn, 191(2):398-407.

9. Atan, Ü.Ş., Şirin, A. (2005). Şiddete Maruz Kalan Gebe Kadınların Evde İzlemi, Aile ve Toplum Dergisi, Ankara, 2(8):69-74.

10. Başer, M., Taşçı, S., Bayat, M., Öztürk Y. (1997). Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi, Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Sarayı 2-4 Eylül, İzmir.

11. Baysal, A. (2003). Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4):65-72.

12. Benson & Pernoll (2002), Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, 10. Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara, ss:64-141.

13. Carlsen, S.M., Jacobsen, G., Vatten, L., Romundstad, P. (2005). In Pregnant Women Who Smoke, Caffeine Consumption is Associated with an Increased Level of Homocysteine, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandavica, 84(11): 1049.

14. Çakmakçı, A, Eser, E. (2003). Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metadolojik Çalışma, Hemşirelik Forumu, 6(3):8-18.

15. Demirkıran, F. (1999). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyum Kitabı, İstanbul, ss:45-55.

16. Dwyer, J. M. (2001). High-Risk Sexual Behaviours and Genital Infections During Pregnancy, International Nursing Review, December, 48(4): 233.

17. Erdoğan, E., Yılmaz, D., Şirin, A. ve ark. (1992). Annelerin Prenatal Dönemde Bakım Almama ve Kontrole Gitmeme Durumları Üzerinde Bir İnceleme, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Kongre Kitabı, Sivas Kültür Merkezi, 24-26 Haziran, Sivas, ss:171-177.

18. Eserdağ, S. (2005). Gebelikte Cinsel Yaşam, file://Documents and settings/User/Deskop/26-10-05/http- -www_eserdag_com_pi…., Erişim: 31.10.2005.

19. Ezmerli, N. M. (2000). Exercise in Pregnancy, Prim Care Update Ob/Gyns, 7(6):260-265.

20. Gaffney, L., Smith, C.A. (2004). Use of Complementary Therapies in Pregnancy: The Perceptions of Obstetricans and Midwives in South Australia, Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, February, 44(1): 24 .

21. Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvit, D. M. & Romaguera, R. (2001). Oral Health During Pregnancy: An Analysis of Information Collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Journal of the American Dental Association 132:1009–1016.

22. Gharaibeh, M., Al-Ma'atiah, R., Al Jada, N. (2005). Lifestyle Practices of Jordanian Pregnant Women, International Nursing Review, 52:92-100.

23. Gilbert, E. S., Harmon, J. S. (2002). Çev. Ed.: Taşkın L.,Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, İkinci Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara, ss:659-686.

24. Giray, H., Keskinoğlu, P., Sönmez, Y. (2005). Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Etkileyen Etmenler, STED, 14(10):217-220.

25. Göl, K. (2002). Gebelik Fizyolojisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Uzmanlar TUS Serisi, Atlas Kitapçılık, Anakara, ss:231-238.

26. Haas, J. S., Jackson, R. A., Afflick, F. E. et al. (2005). Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy, Journal of General Internal Medicine, 20(1):45.

27. Habashneh, R. A., Gutmiller, J. M., Levy, S. et al. (2005). Factors Related to Utilization of Dental Services During Pregnancy, Journal of Clinical Periodontology, July , 32(7): 815.

28. İnanç, N., Coşkun, A., Okumuş, H. (1996). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, ss:31-70.

29. İrge, E., Timur, S., Zincir, H. ve ark. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi, STED, 14(7):157-160.

30. James, D. K., Ster, P. J., Weiner, C. P., et al. (2004). Maternal Weight and Weight Gain, High Risk Pregnancy, Second Edition, Management Options, ss:53-58.

31. Kaplan, E. (2005). Gebelikte Beslenme, Actual Medicine, 13(12):32-36.

32. Karadeniz, G., Çetinkaya, A. Ç., Şengül, İ. (2003). Tedavisi Pahalı, Zor ve Başarı Oranı Düşük Bir Hastalık: Madde Bağımlılığı ve Gebeye / Fetüse Etkileri, Kadın Doğum Dergisi, 2 (1):125-130.

33. Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, 7. Baskı, Ankara, ss:116-129, 147-153.

34. Keskinoğlu, P., Çımrın, D., Giray, H. ve ark. (2005). Gebelerde Aktif ve Pasif Sigara İçiciliği ve Etkileyen Etkenler, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 19:153-158.

35. Köşgeroğlu, N., Açıkgöz, A., Ayrancı, Ü. (2004). Kadın Sağlığı, Sağlık ve Toplum, 14(3): 9-13.

36. Kuğu, N., Akyüz, G.(2001). Gebelikte Ruhsal Durum, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23(1): 61-62.

37. Lawellen, L. P.(2004). Health Behaviors and Sources of Health Information Among Low Income Pregnant Women, Public Health Nursing, 21(3):200.

38. Lindgreen, K. (2003). A Comparison of Pregnancy Health Practices of Women in Inner-City and Small Urban Areas, JOGNN, 32(3):313,320.

39. Lindgreen, K. (2005). Testing The Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II, JOGNN, 34(4): 465-472.

40. Mason, P. (1997). Diet Tips for Pregnancy, The Pharmaceutıcal Journal, November, (Updated January 2001).

41. Mete, S. K.(1992). Kadınların Doğum öncesi Bakım Almama Nedenleri, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı., Sivas Kültür Merkezi, 24-26 Haziran, Sivas, 509-516.

42. Micozkadıoğlu, S., Avşar F. A. (2005). Gebelikte Beslenme ve Diyet, Actual Medicine, 13(8):28-31.

43. Miram, B., Rosenthal, M.D., Ralph, C., Benson, M.D. (1994). Çev: Kükner S., Özmen Ş., Ed: Martin L., Pernoll M.D.. "Obstetrik ve Jinekolojinin Psikolojik Yönleri", Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, Cilt II, Barış Kitabevi, İstanbul, ss:1303-1413.

44. Özbaşaran, F., Yanıkkerem, E. (2004). Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi, Sendrom, Ocak, 50-56.

45. Pamukoğlu, V., Obezite Ve Aşırı Kilolara Dikkat, http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=1914, Erişim tarihi: 30.03.2006.

46. Pasinlioğlu, T. (1997) Gebelerin Öz Bakım Gücü ve Öz Bakım Gücünü Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Sarayı 2-4 Eylül , İzmir, ss:135-149.

47. Public Affairs Committee (2000). Teratology Society Public Affairs Committee Position Paper: Thalidomide, Teratology, 62:172-173.

48. Rasch, V. (2003). Cigarette, Alcohol and Cafeinne Consumption: Risk Factors for Spontaneus Abortion, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, February, 82(2): 182.

49. Rutin Prenatal Bakım (2004), Sağlık Koruma Rehber Serisi, Sendrom II, 3(12):2-27.

50. Sevil, Ü., Yanıkkerem, E. (2006). Kadına yönelik aile içi şiddet, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, İzmir Güven Kitapevi, İzmir, ss:43-44.

51. Şirin, A. (1998). Kadın İstismarı ve Kadına Yönelik Şiddet, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(1):71-78.

52. Şirin, A. (1998). Primiparların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Uygulamalarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(3):215-227.

53. Tabin, J. C., A Developmental Model for Thalidomide Defects, http://genetics.med.harvard.edu/~tabin/Pdfs/Tabin3.pdf, Erişim tarihi: 07.04.2006.

54. Taşçı, E. (2004). Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Evlilik Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, ss:93-98.

55. T.C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2004). Hacettepe Üniveristesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, ss:33-42,45-59,91-95,99-106,119-129.

56. Taşkın, L. (2003). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, ss:67-80.

57. Taşpınar, A., Bolsoy, N., Kaya, F. ve ark.(2005). Çanakkale'de Gebe Kadınların Fiziksel Şiddete Uğrama Durumlarının İncelenmesi, 4 Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan 2005, Ankara, ss:266.

58. Taşpınar, A., Bolsoy, N., Şirin, A. (2005). Gebeler Fiziksel Şiddete Uğruyorlar mı? Manisa Örneği, Adli Psikiatri Dergisi, 2(2): 41-47.

59. Trophy, J. M. (2005). Smoking and Pregnancy, The Journal of the American Medical Association (JAMA), 293(10):1286.

60. Üner, R., Spousal Social Support for the Pregnant Women, http://www.metu.edu.tr/home/wwwshe/thobs/1994/psy_dos_94.htm, Erişim:12.08.03

61. Ünsal, Ş. (2003). Gebelerde ve Eşlerinde Aile Dinamiklerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, ss:218-229.

62. Üstünsöz, A. (2005). Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri, Gülhane Tıp Dergisi, 47:156-158.

63. Warner, M.W., Salfinger, S. G., Rao, S. et al. (2004). Manengement of Trauma During Pregnancy, ANZ J Surg, 74: 124-128.

64. Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır N. (2002), Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, MN Medikal, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss:1-8, 12-19, 53-59, 868-876.

65. Yangın, H. B. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, ss:190-198.

66. Yenal, K., Aluş, M.(2003). Doğum Öncesi Hazırlık Sınıflarında Uygulanan Egzersizler, Perinatal Tıp Kongresi, Doğum Öncesi Hazırlık Kursu, 8 Ekim 2003, İzmir, 1-25.

67. Yıldırım, A. (1999). Gebelikte Cinsellik, STED, file://C:/Documents and Settings/User/Deskop/26-10-05/Sürekli Tıp Egitimi Dergisi……, Erişim tarihi: 31.10.2005

EKLER

EK-I **Anket No:**

BİREY TANITIM FOMU

Bu araştırma, yurt dışında kullanılan "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği"nin dilimize uyarlanması ve Türkiye'deki gebeler için uygunluğunu ölçmek amacıyla planlanmıştır. Soruları içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyorum. Teşekkür ederim.

Sezer ER

1. Kaç yaşındasınız? ……..

a) 18-22 b) 23-27 c) 28-32 d) 33-37 e) 38 yaş ve üstü

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) ilkokul b) ortaokul c) Lise ve dengi d) Üniversite/yüksekokul e) Diğer

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Diğer…….

4. Kaç yıllık evlisiniz?.....

5. Mesleğiniz nedir?

a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer……

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) ilkokul b) ortaokul c) Lise ve dengi d) Üniversite/yüksekokul e) Diğer

7. Eşinizin mesleği nedir?

a) İşsiz b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer……

8. Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

a) Büyük Şehir b) Şehir c) İlçe d) Köy

9. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Yanıtınız "Evet" ise sosyal güvenceniz nedir?

a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağ-Kur d) Özel sağlık sigortası e) Diğer ...…

11. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile e) Diğer

12. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden az

13. Bu gebelik kaçıncı gebeliğiniz?

a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Beş ve üzeri

14. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Beş ve üzeri

15. Kaç haftalık gebesiniz? ……...

16. Gebe kalmayı planlamış mıydınız?

a) İstemeden gebe kaldım.

b) İsteyerek gebe kaldım.

c) İstemeden gebe kaldım ama şu anda bebeğimi istiyorum.

17. Boyunuz nedir? ..……. Gebe kalmadan önceki kilonuz nedir? ……..

18. Gebeliğiniz boyunca kontrol için toplam kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?

a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Beş ve üzeri

19. Sağlık Ocağındaki ebe/hemşire gebeliğiniz süresince sizi kaç kez evde ziyarete geldi?

a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Beş ve üzeri

20. Eşiniz size ev işlerinde yardımcı oluyor mu?

a) Çok yardımcı oluyor b) Orta derecede yardımcı oluyor

c) Az yardımcı oluyor d) Hiç yardımcı olmuyor

21. Cinsel yolla bulaşan hastalık öykünüz var mı?

a) Evet b) Hayır

22. Yanıtınız “Evet” ise, bu durumda ne yaptınız? ……

EK-II

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ

1.Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdüğümü düşünüyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

2.Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

3.Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

4.Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken emniyet kemeri kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

5.Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zama

6.Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada uçucu madde kullanırım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

7.Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

8.Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum yada cinsel ilişkiden kaçınıyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

9.Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma yada ebeme bildiririm.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda yada anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma yada ebeme sorarım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum yada ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 ºC'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç yada destekleyici maddeler almadan önce doktorumla yada ebemle konuşurum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum yada ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez

d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez

c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6 e)Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.

a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6 e)Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım

c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).

a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce

c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap yada bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki(içecek) c) 2 içki(içecek)

d) 3 içecek (içki) e) 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu yada ebemle görüşmeye başladım.

a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak içi b) Gebeliğimin ilk 3 ayında

c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce

e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, "randevumu kaçırdım" (doktorumla yada ebemle olan randevuyu unuttum yada randevuya gitmedim anlamında).

a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım

c) 2-3 randevu kaçırdım d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik yada diş bakımı)

a) Düzenli diş bakımı yaptırdım

b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim

c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum

d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil

e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım yada gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Ayda bir yada daha az c) Ayda 2-3 kez

d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az

c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada1 kez yada daha az

c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum yada ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

a) Kilo kaybettim b) Gereğinden çok az yada çok fazla kilo aldım

c) Kilo almadım yada vermedim d) Bilmiyorum

e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve yada sebze suyu yada diğer kafeinsiz içecekler içerim.

a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı

c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı

e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş yada az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım yada katılmayı planlıyorum.

a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmıştım

c) Emin değilim d) Muhtemelen hayır e) Kesinlikle hayır

EK-III

GEBELİK

Gebeliğin süresi son adetin ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük ay) veya 40 haftadır (12).

Gebelik süresince annenin üreme organları süratli bir değişim gösterirken diğer organ ve sitemleri de etkilenmektedir (7). Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir (12).

İlk 12 haftada bebeğin organları oluşur. Birçok kadın gebe olduğunu anlamadan bebeğin birçok organı gelişmiş olur. Anne adayının yaşam şekli gelişmekte olan bebeği etkiler. Çocuk sahibi olmaya karar veren çiftler yaşam tarzlarını gözden geçirip düzenlemelidir (12).

GEBELİK TAKİPLERİ

Gebenin sağlık kontrolü, gebeliğin ilk üç ayında başlar ve 28. gebelik haftasına kadar aylık muayenelerle devam eder. 28-36. haftalar arası iki yada üç haftada bir, 36 haftadan itibaren haftalık muayenelerle sonlanır (2,4, 5,7,13,). Düzenli ziyaretler, gebelik süresince annenin ve çocuğun uygun bir şekilde takip edilmesini sağlar (5).

Doğum öncesi bakım gebeliğin erken dönemlerinde başlatılıp gebelik süresince devam ettirilirse daha yararlı olmaktadır (5).

GEBELİK VE BESLENME

Her gebelik anne vücudundaki besin depolarının tükenmesine neden olur. Sık doğum yanında yetersiz ve dengesiz beslenme anne ve bebeğin sağlığı üzerinde çeşitli bozukluklara yol açar (12).

Gebelik, insan yaşamında beslenmenin en önemli devrelerden biridir. Gebelik dönemindeki beslenme şekli, anne ve doğacak bebeğin sağlığını büyük ölçüde etkiler (9,12).

♣ Gebelikte az ve sık aralıklarla beslenilmelidir (12).

♣ C vitamini portakal, limon, kırmızı ve yeşil biber, domates, çilek, greyfurt, karnıbahar, lahana, brüksel lahanası gibi pek çok taze meyve ve sebzelerde bulunur. Vücutta depolanmadığı için her gün belli bir miktar alınmalıdır (6).

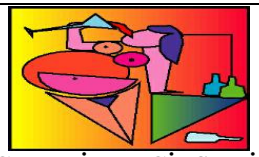
♣ Gebelikte artan protein gereksinimi karşılamak için kırmızı ve beyaz et, süt ve süt ürünleri, yumurta, balık, kuru baklagiller (fasulye, mercimek, barbunya..) gibi proteinden zengin besinler önerilir (6).

♣ Süt ve sütten yapılan yiyeceklerden (yoğurt, peynir, çökelek, tatlılar) oluşan bu grup, kemik ve dişlerin yapısını oluşturan kalsiyumun en iyi kaynağıdır. Yiyeceklerin herhangi birinden veya birkaçından 1-3 porsiyon yenmesi günlük gereksinim için yeterlidir. 1 su bardağı süt-yoğurt, 2 kibrit kutusu kadar peynir, 1 kase sütlü tatlı, 1 porsiyon olarak kabul edilir.

♣ Gebelikte su, kan ve vücut sıvılarının dolaşımına , yiyeceklerin sindirimine, terleme, barsaklar ve böbrekler yoluyla idrar ve dışkı atılmasına yardım ettiğinden, günde 3 litre kadar alınması önerilmektedir (12).

GEBELİKTE VÜCUT TEMİZLİĞİ

Gebelikte yağ ve ter bezlerinin salgısı artar. Bu nedenle gebenin her gün, ayakta, ılık duş alması, cilt kuruluğunu önleyebilmek için banyo sonrası özellikle karına yağlı krem sürmesi önerilebilir (8). Gebelikte banyonun ayakta duş şeklinde yada su dökülerek yapılması sağlığa uygundur. Suyun ısısının ılık olarak ayarlanması yararlıdır. Gebelikte hazneyi yıkamaktan kaçınılmalıdır. Çünkü hazneyi yıkama, haznenin normal savunma mekanizmasını bozar (12). Gebelikte üreme organlarının temizliğine önem verilmesi, pamuklu iç çamaşır giyilmesi, hanenin yıkanmaması, deodorant gibi gereçlerin kullanılmaması gerekir (8).



GEBELİKTE CİNSEL İLİŞKİ

Gebelik ve doğum sonu dönemde meydana gelen bedensel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle çiftlerin cinsel yaşamları etkilenebilmektedir. Bu değişiklikler gebeliğin her döneminde görülebilmektedir. Çünkü gebelik çeşitli bedensel ve ruhsal değişikliklerin meydana geldiği bir dönemdir (15).

Sağlıklı gebe bir kadının gebeliğin son 4 haftasına kadar cinsel ilişkiye girmesinde bir sakınca yoktur. Gebelikte, düşük veya erken doğum riski olanlarda cinsel ilişki yasaklanmalıdır (6,14,15).

Erekte veya kadında cinsel organlarında tanı konmamış enfeksiyon varlığında tam olarak tedavi tamamlanıncaya kadar cinsel ilişki yasaklanmalıdır (6).

GEBELİKTE EGZERSİZ

Gebelikte aerobik, yürüyüş gibi hafif egzersizlerin olumsuz bulgusuna rastlanmamıştır.

Gebelikte egzersiz;

♣ Bulantı-kusmayı azaltır,
♣ Eklem ağrılarını azaltır,
♣ Nefes darlığını azaltır,
♣ Varis oluşumunu önler,
♣ Doğumu kolaylaştırır.

Açık havada yapılan egzersizler kasları güçlendirir, sinir sistemini rahatlatır, belleği güçlendirir,rahat bir uyku sağlar ve iştahı açar. Temiz ve güneşli havada yürüyüş her gebe kadın için önerilebilir (12).

♣Egzersizlere yavaş başlanmalı, zaman içinde arttırılmalıdır
♣ Sıcak ve nemli odalarda egzersiz yapılmamalıdır.
♣ Egzersiz öncesi su içilmelidir.
♣ Egzersizden yarım saat önce kan şekerinin düşmesini önlemek için meyve, meyve suyu gibi maddeler tüketilmelidir.
♣ Egzersiz sırasında yorgunluk ve ağrı hissedildiğinde bırakılmalıdır.
♣ Ikınma hareketlerinden kaçınılmalıdır.
♣ Egzersize doğum sonrasında da devam edilmelidir (16).

GEBELİKTE ZARARLI OLAN MADDELER

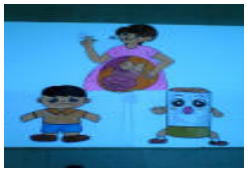
♣ Gebelik süresince ilaç kullanımı hem anne hem de bebek için bir risk durumudur. Doktor tarafından yazılmadığı sürece herhangi bir ilaç kullanılmamalıdır (1).

♣ Gebelikte çay, kahve, kola gibi kafein içeren içeceklerin fazla alınması, düşüklere, ölü doğum riskinde artmaya, bebekte gelişme geriliğine neden olmaktadır (3).

♣ Hamile bir kadının sigara kullanımı kendisi ve bebek sağlığını riske sokmaktadır.

♣ Gebelikte alkol kullanma besin maddelerinin emilmesini engellediği için zararlıdır. Ayrıca bebeğin gelişimini de engeller (Yamaç 2002). Gebelikte sigara kullanımı düşüğe, erken doğuma, bebekte gelişme geriliğine, bebekte doğuştan kalp hastalıklarına, ölü doğuma, gelişme geriliğine yol açmaktadır (11).

♣ Gebelikte uyuşturucu madde kullanımı anne için erken doğum riskini ve enfeksiyonlara yakalanma olasılığını arttırır. Bebekte ise, büyüme geriliği, beyin gelişiminde bozukluk, bağımlılık ve organlarda bozukluklara neden olabilir (10).



Kaynaklar:

1. Andrade S. E., Gurwitz J. H., Davis R. L. Et al. (2004). Prescription Drug Use in Pregnancy, Am. Journ. Obs. and Gyn., 191(2):398-407.
2. Benson & Pernoll (2002), Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, 10. Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara,64-141.
3. Carlsen S.M.,Jacobsen G., Vatten L., Romundstad P. (2005). In Pregnant Women Who Smoke, Caffeine Consumption is Associated With an Increased Level of Homocysteine, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84(11):1049.
4. Erdoğan E., Yılmaz D., Şirin A. ve ark. (1992). Annelerin Prenatal Dönemde Bakım Almama ve Kontrole Gitmeme Durumları Üzerinde Bir İnceleme, III: Ulusal Hemşirelik Kongresi Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O., Sivas Kültür Merkezi, 24-26 Haziran, Sivas
5. Ergöçmen B. A., Coşkun Y. (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye
6.Eserdağ S., Gebelikte Cinsel Yaşam, file://Documents and settings/User/Deskop/26-10-05/http-www_eserdag_com_pi…., Tarama tarihi:31.10.2005
7. Göl K. (2002). Gebelik Fizyolojisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Uzmanlar TUS Serisi, Atlas Kitapçılık, Ankara, 231-238
8. İnanç N., Coşkun A., Okumuş H. (1996). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, 31-70
9. James D. K., Ster P. J., Weiner C. P. et al. (2004). Maternal Weight and Weight Gain, High Risk Pregnancy, Second Edition, Management Options, 53-58
10. Karadeniz G., Çetinkaya A. Ç., Şengül İ. (2003). Tedavisi Pahalı, Zor ve Başarı Oranı Düşük Bir Hastalık: Madde Bağımlılığı ve Gebeye / Fetüse Etkileri, Kadın Doğum Dergisi, 2 (1), 125-130
11. Keskinoğlu P., Çımrın D., Giray H. ve ark. (2005). Gebelerde Aktif ve Pasif Sigara İçiciliği ve Etkileyen Etkenler, Jinekolji ve Obstetrik Dergisi, 19: 153-158
12. Taşkın L. (2003). Gebelikte Annenin Fizyolojisi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, VI Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 67-80
13. Üstünsöz A. (2005). Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri, Gülhane Tıp Dergisi, 47:156-158
14. Yamaç K., Gürsoy R., Çakır N. (2002), Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, MN Medikal, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1-8, 12-19.
15. Yangın H. B. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 190-198.
16. Yenal K., Aluş M.(2003). Doğum Öncesi Hazırlık Sınıflarında Uygulanan Egzersizler Perinatal Tıp Kongresi, Doğum Öncesi Hazırlık Kursu 8 Ekim 2003, İzmir

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI

EĞİTİM BROŞÜRÜ

HAZIRLAYAN: ARŞ. GÖR. SEZER ER

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

EK-IV Yazarın İzin Yazısı

Postayi Kontrol Et | Yaz | Posta Ara | Web'i Ara

Klasörler [Ekle - Degistir]

- Gelen kutusu
- Taslak
- Gönderilenler
- Depo [Bosalt]
- Çöp kutusu [Bosalt]

Önceki | Sonraki | Mesajlara Geri

Sil | Yanitla | Ilet | Istenmeyen Posta | Tasi...

Bu mesaj dikkat isaretli degil. [Mesaji Dikkat Isaretle - Okunmamis olarak Isaretle] Basilir Görüntü

Tarihi: Thu, 13 Oct 2005 10:40:28 -0500

Kimden: "Kelly Lindgren" <kjlindgren@facstaff.wisc.edu> Kisi Ayrintilarini Görüntüle

Konu: Re: I am a nurse and I interested in your research

Kime: "sezer er" <er_sezer@yahoo.com.tr>

I have attached the instrument and scoring instructions for your use. You are free to use the instrument in your research, but please list me in your citations as the source for the instrument. I also ask you to please send me information regarding your findings.
I wish you the best on your research.
Kelly Lindgren

At 04:16 PM 10/10/2005, you wrote:

> Dear Kelly Lindgren
>
> I am a registered nurse and a master student in Ege University School of Nursing in Ä°zmir-Turkey. I interested in your clinical research "Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnare-II". I want to make my master thesis on this subject. I want to make reliability and validity of this questionnare in Turkey. Would it be possible for you to send me full text and the original (online or hard copy) version of this questionnare to my adress and give me a permission from you for this inventory. Because I want to use for my research.
> If you write me I will be happy.
> Thanks for your time and interest.
> Your Sincerly...
>
> Sezer Er
>
> Adress: Ege Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu
> 35100 Bornova/IZMIR/TURKEY
>
> Yahoo! kullaniyor musunuz?
> Simdi, 1GB e-posta saklama alani sunuyor
> http://tr.mail.yahoo.com/

Dosyalar:

HPQ_II.doc (48k)	Scan and Save to Computer
HPQ_Scoring.doc (20k)	Scan and Save to Computer

Sil | Yanitla | Ilet | Istenmeyen Posta | Tasi...

Önceki | Sonraki | Mesajlara Geri Mesaj Metnini Sakla | Tam Basliklar

Postayi Kontrol Et | Yaz | Posta Ara | Web'i Ara

Telif Hakki © 1994-2006 Yahoo! Inc. Tüm haklari saklidir. Hizmet Maddeleri
DUYURU: Bu sitede kisisel bilgilerinizi topluyoruz.
Bilgilerinizi nasil kullandigimiza iliskin daha fazla bilgi için, bakiniz Gizlilik Ilkeleri

EK-V E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2006-22
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
01.03.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Ahsen Şirin'in sorumluğunda Mart – Ağustos 2006 tarihleri arasında yapmayı planladığı **"Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik - Güvenirlik Çalışması"** konulu araştırması 28.02.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve **"Araştırmanın Yürütülmesi Uygun"** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Turkan ÖZBAYIR
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK-VI Araştırma İzin Belgeleri

EK VI Araştırma İzin Belgelcri

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR EGE DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ
İZMİR

BÜRO : Özlük İşleri

SAYI :B.10.04.35.65.96

21.03.2006 001127

KONU:Uygulama Talebi.

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İLGİ : 14.03.2006 tarih ve 690 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anadilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sezer ER'in " Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Çalışması" konulu tez çalışmasının uygulamasını 01 MART-01 AĞUSTOS 2006 tarihleri arasında kurumumuzda uygulama talebiniz incelenmiş olup adı geçenin tez çalışmasını ünitemizde yapmasında Baştabipliğimizce yapmasında sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. Ayla TİMOÇİN
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

830
28.03.06
G.S.
Öğrenci İşleri 1
Öğrenci İşleri 2
Öğrenci İşleri 3
Öğrenci İşleri 4
Özlük İşleri
Mali İşleri
Muhasebe

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR DR. E.HAYRİ ÜSTÜNDAĞ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
BAŞTABİBLİĞİ

SAYI : B.104 İSM.04356562/ - 1389 **TARİH: 20/03/2006**
KONU : Uygulama İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

Enstitünüz Kadın sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Sezer ER'in belirtilen tarihlerde hastanemizde tez çalışması yapması baştabipliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Abdullah TAŞYURT
Baştabip

E.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Kayıt No	796
Kayıt Tarihi	24.03.06
Eki	G.B.
Öğrenci İşleri 1	
Öğrenci İşleri 2	
Öğrenci İşleri 3	✓
Öğrenci İşleri 4	
Özlük İşleri	
Yazı İşleri	
Muhasebe	
Ayniyat	

ÖZGEÇMİŞ

Temmuz 1980 yılında İzmir'in Gaziemir ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir - Gaziemir'de tamamladı. Eylül 1998 - Haziran 2003 yılları arasında Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu'nda lisans eğitimini tamamladı. Ağustos 2003 – Kasım 2005 tarihleri arasına Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Servis Biriminde hemşire olarak çalıştı. Ekim 2004'te Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisansa başladı. Kasım 2005 tarihinde Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluşta çalışmakta ve yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.